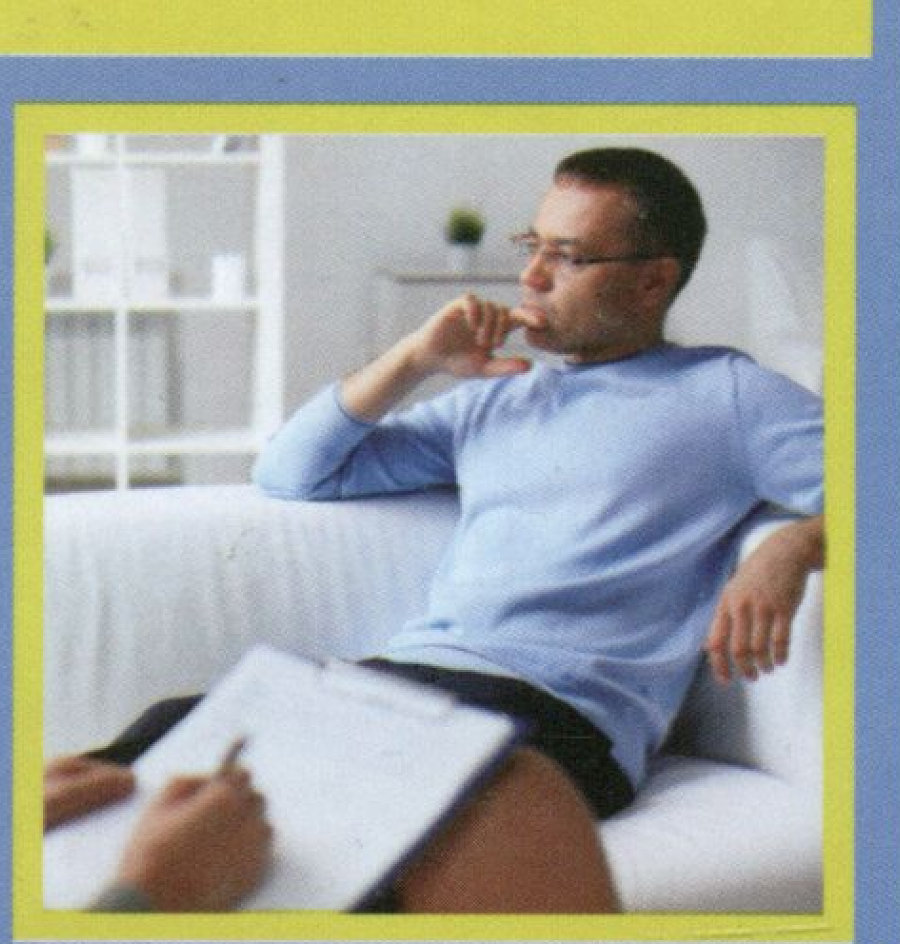
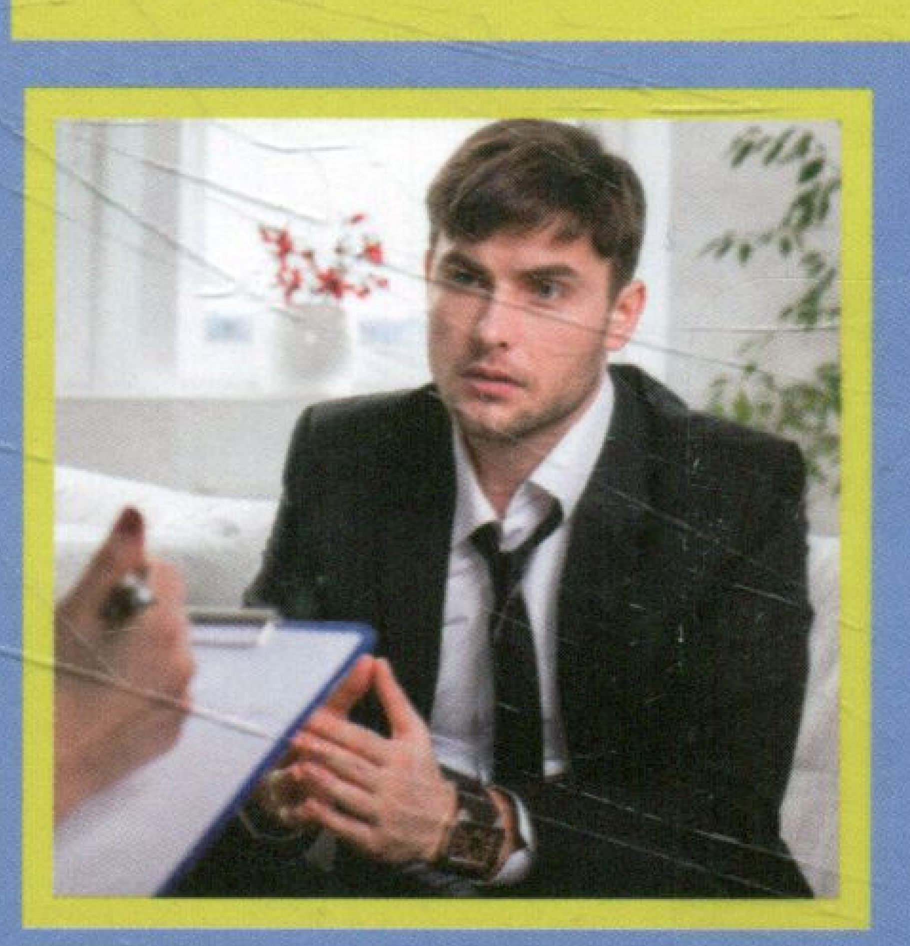
علم النفس العيادي

الدكتور
أحمد رشيد زيادة










للنشر والتوزيع
الوراق
www.alwaraq-pub.com

الوراق
للنشر والتوزيع
www.alwaraq-pub.com
www.alwaraq-pub.com
الوراق
للنشر والتوزيع

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَنُنَزِّلُ مِنَ ٱلْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ۙ وَلَا يَزِيدُ ٱلظَّـٰلِمِينَ إِلَّا خَسَارًا ﴾

صدق الله العظيم

(سورة الإسراء الآية 82)

علم النفس العيادي

علم النفس العيادي

تأليف

د. أحمد رشيد زيادة



الطبعة الأولى

2014



٦١٦،٠٨

زيادة، احمد رشيد

علم النفس العيادي/ احمد رشيد زيادة .- عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، ٢٠١٣ .

(   ) ص.

ر.إ. : (٣٩٤٢ / ١١ / ٢٠١٣) .

الواصفات :/علم النفس العيادي//الطب النفسي/

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

ISBN : 978 - 9957 - 33 - 377 - 5



مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع

شارع الجامعة الأردنية – عمارة العساف – مقابل كلية الزراعة – تلفاكس 00962 6 5337798

ص . ب 1527 تلاع العلي – عمان 11953 الأردن

e-mail : halwaraq@hotmail.com

www.alwaraq-pub.com - info@alwaraq-pub.com

إهــداء

إلى ذكرى والدي ،،،

إلى ذكرى الأجداد ،،،

إلى زوجتي وأبنائي،،،

المحتويات

المقدمة

يدخل الإنسان في حيرة عندما يلاحظ فرداً يعاني من اضطراب في السلوك. وذلك لأسباب منها أن هذا السلوك يبدو للفرد العادي غريباً، أي لا يليق ولا يتناسب مع مستوى تفتح هذا الإنسان ولا يتناسب مع الموقف، فالفرد حين يلاحظ هذا السلوك اللاسوي والمضطرب إنما يلاحظ السلوك ذاته دون أن يلم بالأسباب أو العوامل التي سببته، لذلك يقف هذا الإنسان العادي موقف الحائر أو موقف المشفق أو موقف الناقد والرافض لمثل هذا السلوك، فقد يلجأ إلى الزجر والنهر والتوبيخ في بعض الأحيان لجهله بتطور الاضطراب وديناميات السلوك اللاسوي.

لقد انتهت تلك المرحلة الضبابية من دراسة الاضطرابات السلوكية، أيام كان ينظر للمريض النفسي على أنه فرد أصابه ويتقمصه الأرواح الشريرة وسكنته الشياطين والعفاريت وراح علماء النفس يتلمسون في الاتجاهات العلمية الحديثة تفسيرات علمية مقنعة للاضطرابات النفسية ولعل من أهم ما أفاد علم النفس العيادي في هذا المجال ما انتهت اليه دراسة السلوكيين والمعرفين من أن أساليب التوافق السوي واللاسوي هي أنواع من الاستجابات تعززت لأنها كانت تخفض توترا من نوع أو آخر كما أن هذه السلوكات المضطربة واللاسوية تأتي وتتعزز نتيجة للتعلم الخاطئ حسب ما يراه أصحاب المدرسة السلوكية أو نتيجة للأفكار الخاطئة أو اللاعقلانية التي يتبناها الفرد حسب ما يراه أصحاب المدرسة المعرفية.

وقد عكس الكتاب التوسع السريع في تطبيقات المناحي السلوكية والمعرفية في حل المشكلات المرضية وذ1لك نتيجة للتوسع المستمر والتطور والتقدم في مجال علم النفس العيادي "علم النفس المرضي" فالكتاب عمل جاهدا على تغطية بعض الاختلالات والاضطرابات العصابية، ومشاكل التفاعل، الاضطراب في العلاقات الزواجية، اضطرابات الشيخوخة، اضطرابات سلوكية أخرى وستعرضها بصورة دلالاتها التشخيصية وطرق الفحص والتقييم، أعراضها، مسبباتها، الطرق العلاجية.

د.أحمد زيادة

المجموعة الأولى

علم النفس العيادي



الاضطراب النفسي

الاضـطراب النفـسي هـو نمـط أو متلازمـة سـلوكية أو نفـسية ذات دلالات إكلينيكية ترتبط سواءً بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة. وان الاستدلال عليه يتم من خلال الملاحظة أو بالقياس حيث يلاحظ وجود قصور أو عجز في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وان الاضـطراب لـيس فقط في علاقة الفرد بالمجتمع.

(DSM, IV, 1994)

الاضطرابات النفسية

أولاً: الوساوس والأفعال القهرية

- تعريفاته **Obsessions and Compulsion**
- أعراضه
- أمثله عليه
- طرق التعرف عليه وقياسه
- علاجه
- خلاصة

♦ تعريف الوسواس:

أفكار ملحة وغير مرغوبة، وصور ذهنية متكررة وعلى شكل دفعات وتتصف بأنها داخلية المنشأ.

♦ تعريف الأفعال القهرية:

- . سلوكات عرضية تتسم بالتكرار ويصاحبها إحساس داخلي بالقهر، يقاومها الشخص ولكنها تمارس وفق قواعد معينة وبطريقة متكررة ونمطية على الرغم من مقاومتها وهي تمارس بشكل نشط من جانب الفرد.

- **أعراضه:** (DSM IV)

يصف القاموس الطبي (DSM IV) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية في طبعته الثالثة والرابعة اضطراب الوسواس القهري من خلال تضمنه للخصائص التالية:

- التواتر والتكرار المستمر للوسواس والأفعال القهرية.
- أن تكون هناك وساوس متكررة وبشكل ملح ومستمر وأفكار لا يمكن مقاومتها وصور ذهنية ملحة تقتحم الشعور والوعي وهي تبدو بغيضة وليست وليدة الإرادة.
- تبدو الأفعال القهرية متكررة وتظهر في شكل سلوكات تمارس بنمطية ووفق قواعد معينة وأن الفرد الذي يمارس هذه الأفعال وهذه السلوكات يلاحظ عدم عقلانيتها ولا يشعر بمتعة خلال ممارستها على الرغم من أن هذه الممارسة تحقق للفرد غرضاً وهو خفض التوتر.
- تسبب الوساوس والأفعال القهرية عجزاً في أداء الشخص. وتؤدي إلى انزعاجه وكآبته
- لا ترد الوساوس والأفعال القهرية إلى أي اضطراب آخر مثل الفصام أو أية اضطرابات وجدانية أخرى.
- الوساوس والأفعال القهرية سمتها الأساسية التكرار والإلحاح وخارجة عن إدارة الشخص أي لا إرادية وتحقق خفضا للتوتر.

- **أمثلة على الوساوس من العيادات النفسية:**

- امرأة تنتابها أفكار متكررة حول وفاة زوجها في حادث سيارة.
- شابة لديها وساوس قهرية ومتكررة حول ارتكابها لجرائم قتل بحق أطفال.
- رجل تنتابه أفكار ووساوس قهرية حول دهسه بسيارته لجاره.
- رجل تنتابه أفكار ملحة في أنه المهدي المنتظر.
- صور ذهنية وأفكار وسواسية تقتحم ذهن شاب في مقتبل العمر أنه سيقتل والدته.

- أفكار وسواسية ومتكررة وملحة على ذهن شاب في أنه سيقوم باغتصاب زميلته بالعمل.
- أفكار وسواسية متكررة وملحة على ذهن شاب في أن رجال من CIA يهاجمونه لأنه يشكل خطورة على الأمن القومي الأمريكي.

- **أمثلة على القهرية من العيادات النفسية:**

- شابه تشعر بالقذارة كلما لمست نقود معدنية وتقوم بغسل يديها بالماء والصابون مرات متكررة.
- شاب يتأكد مرارا من إغلاقه لحجرته أو منزله.
- شاب يتأكد عشرات المرات من اغلاقه واطفائه أنوار المنزل حين يغادره حتى بالنهار.
- امرأة تقوم بغسل الخضار والفواكه مرات عديدة لشكها بأنها قامت بتنظيفها جيداً.
- رجل يعود إلى المنزل بعد أن يغادره مراراً ليتأكد من أنه قام بإغلاقه.
- رجل يعيد صلاته مراراً وتكراراً وذلك لشكه أنه قام بالصلاة حسب عدد الركعات المقررة.

- **طرق التعرف عليه**

1. **المقابلة الإكلينيكية** وعادة ما يكون المرضى الذين يعانون من الوساوس والأفعال القهرية متعاونين في وصف ما يعانون منه وصفاً دقيقاً، لذا فالهدف من المقابلة الحصول على معلومات عن ماهية المشكلة، متى وأين وكيف تظهر، وكيف تؤثر على حياة المريض ومن المتأثرين من أسرته وهنا يجب تحديد المشكلة بدقة ويجب قياس السلوك وعدد مرات حدوثه وينصح أن يكلف المريض بتدوين الوساوس أو الأفعال القهرية بشكل يومي لكي يتمكن من الحصول على التفاصيل المطلوبة والتحديد الدقيق للمشكلة.

2. **التقارير اليومية** حيث يزود المريض بنماذج رصد ويطلب منه كتابة يومياته عن الوساوس والسلوكات القهرية وعلى أن يسجل التفاصيل وعلى امتداد اليوم ولعدد من الأيام.

نموذج رصد يومي

الإسم:.......................

التاريخ:.....................

الهدف: رصد الأفكار القهري 1

رصد السلوك القهري2

الزمن	السلوك	التكرار	قمة الحزن 10-0	قمة الإلحاح القهري 10-0	ملاحظات
7-9 صباحاً					
9-11 صباحاً					
11-1 ظهراً					
1-3 مساءً					
3-5 مساءً					
5-7 مساءً					
7-9 مساءً					
9-11 مساءً					
بعد 11 مساءً					

3. **التقييم النفسي الفسيولوجي** مثل معدل ضربات القلب، سرعة النبض، توصيل كهربائي للجلد لأن هذه الأعراض مصاحبة لاضطرابات الوساوس والأفعال القهرية وهي مقاييس مساعدة للتعرف على المرض يضاف إلى المقاييس والاختبارات النفسية مثل بطارية مود زلي للوسواس القهري وبطارية بادوا ومقياس بل براون للوساوس جميعها مقاييس واختبارات للتعرف على المرض ولكنها ليست بديلاً عن المقابلة الإكلينيكية وملاحظة السلوك مباشرة.

4. **الاختبارات السلوكية** وهي أكثر أساليب القياس المباشرة ويمكن استخدام هذه الاختبارات السلوكية من خلال المقابلة كأن يسأل المريض مباشرة حول المشكلة التي يعاني منها أو أن يطلب منه لمس أداة ملوثة أو السلام عليه بالمصافحة وملاحظة ورصد ردود أفعاله.
5. **الملاحظة** في البيئة الطبيعية التي يشكو منها المريض فإذا كان يشكو من وساوس حين وجوده في دورة المياه فيمكن مساعدته على الدخول في دورة مياه العيادة وملاحظة سلوكه وردود أفعاله حين وجوده في دورة المياه.
6. **التقدير الذاتي** عرض مقاييس من التقدير الذاتي البسيطة وتعليم المرضى كيفية استخدامها.

مثال: مقياس للتقدير الذاتي

قائمة لمثيرات تستثير السلوك القهري للنظافة والاغتسال

الرقم	العبارة/ المثير	التقدير/ عدم الراحة 0-100
1.	إذا لعبت مع القطة واحتضنتها	
2.	إذا لمست القطة	
3.	إذا لمست أوعية القطة	
4.	إذا صافحت صديقي الذي لمس القطة	
5.	إذا زرت صديقي في المستشفى	
6.	إذا لمست وصافحت صديقي المريض بالمستشفى	
7.	إذا قبلت صديقي القادم من المستشفى	
8.	إذا لمست قميص صديقي القادم من المستشفى	
9.	إذا سرت في أقسام المستشفى	

♦ علاج الوساوس والسلوك القهري:

أولاً: العلاج الدوائي:

عادة ما توصف العقاقير المضادة للقلق والمهدئات الكبرى والعقاقير المضادة للاكتئاب والتي سجلت درجات لا بأس بها من النجاح ويعتقد العديد من الأطباء النفسيين ان استخدام هذه المضادات مع العلاج السلوكي يعد فعالاً في علاج هذه الأمراض.

ثانياً: العلاج السلوكي

1. التعرض Exposure

- التعرض بمعنى تعريض المريض إلى المنبهات التي تثير سلوكه القهري فإذا ما اعتقد أنه سيلوث في حالة لمسه للمغسلة في دورة المياه فأسلوب التعرض قائم على أساس أن يطلب منه أن يلمس المغسلة مراراً وتكراراً وهذا مفيد حيث أنه يستثير السلوك القهري من خلال مشاعر قوية من عدم الراحة.

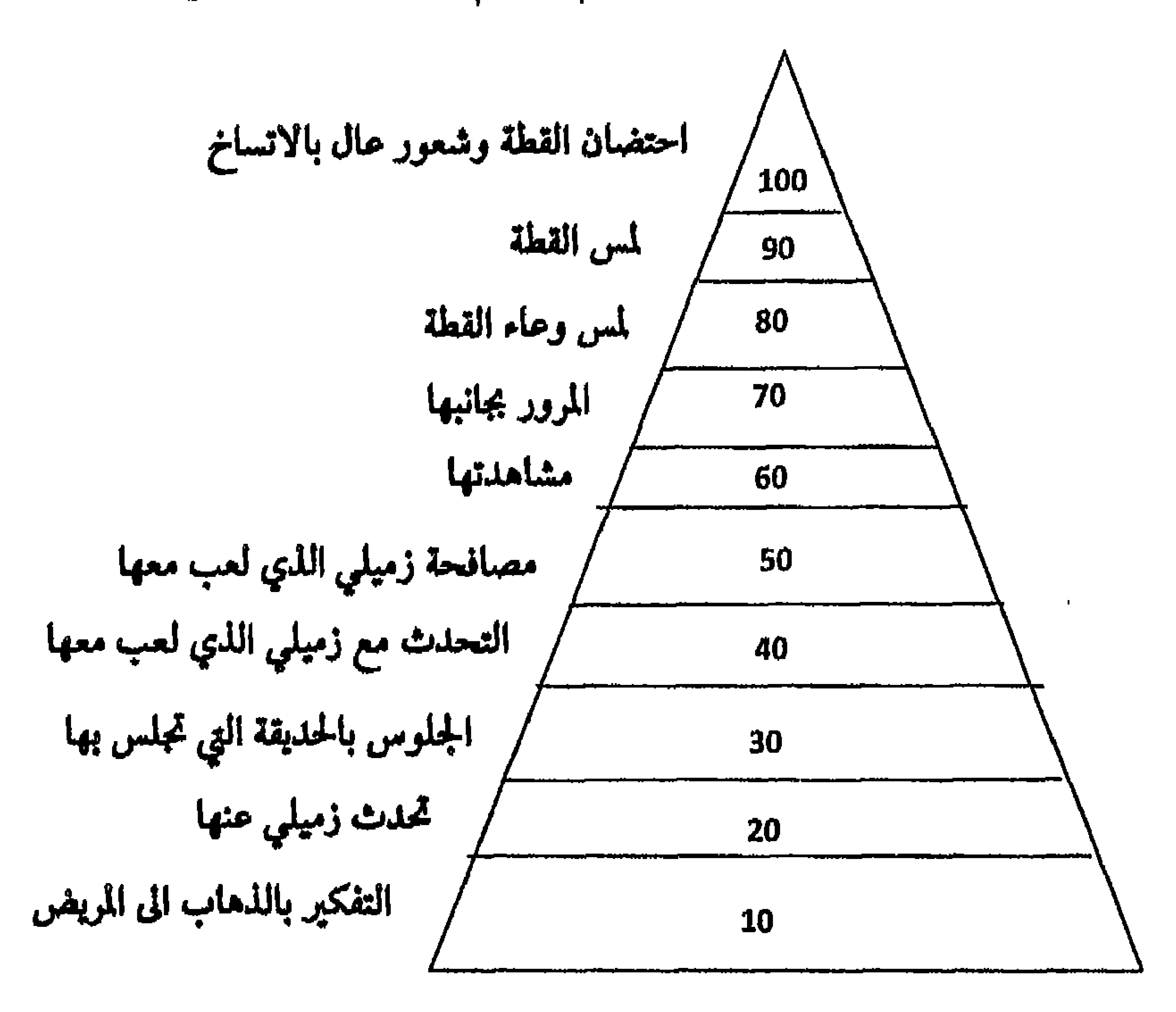
كيف ننفذ التكنيك العلاجي (التعرض)؟

أ- شرح الأساس المنطقي للعلاج للمريض:

- شرح منطق العلاج للمريض والتأكيد له أن مشكلاته عبارة عن سلوك متعلم وهو سلوك خاطئ كما يجب شرح العلاقة بين ظهور عدم الراحة الناشيء عن المنبهات المثيرة للمشكلة والسلوك القهري "تلاحظ أنك عندما تلمس المغسلة تشعر أنك تلوثت، وتشعر بالانزعاج والقلق وأنك بحاجة قوية لغسل يديك مراراً وتكراراً، وهذا ما تفعله وهذا بالطبع يقوي الرابطة بين لمس المغسلة وغسل اليدين، فالغسل المتكرر يشعرك بالراحة وبالتالي يزداد غسلك ليديك في كل مرة تلمس المغسلة". والهدف من العلاج هو كسر هذه الرابطة لذا فإننا نريد منك لمس المغسلة ودون ان تغتسل، ستشعر بعد فترة أنك شديد الاتساخ ولكن بعد فترة ستشعر أنك أفضل وبعد عدة أيام سنكون قادرين على كسر الرابطة بين لمس المغسلة والاغتسال.

ب- التعرض التدريجي:

من الأنسب في علاج الوساوس والأفعال القهرية التركيز على عناصر الموقف الأكثر إثارة في سلسلة الخطوات المتدرجة ثم التقدم نحو العناصر الأقل إثارة.



وهناك بعض الاضطرابات في الوساوس والأفعال القهرية يحبذ فيها التعرض التدريجي من المواقف في أدنى الهرم أي الأقل إثارة إلى المواقف الأكثر إثارة.

ج- **التعرض التخيلي** ويستخدم هذا الأسلوب في كيفية مواجهة الزلازل والكوارث الطبيعية حيث يصعب ترتيب مواقف تعرض حية.

د- **النمذجية** قيام المعالج بنفسه "كنموذج" يعرض السلوك "لمس المغسلة" والمريض ملاحظ.

هـ- **العلاج بالتنفير** من خلال استخدام شريط مطاطي يحيط بالرسغ، يتم شده واطلاقه في كل جلسه وعند استحضار المريض للفكرة الوسواسية. والهدف منها مساعدة المريض على تحويل وطرد الأفكار غير المرغوبة.

- **العلاج بوقف الأفكار** أي تدريب المريض على وضع نهاية للأفكار غير المرغوبة حيث يجلس المريض مسترخيا ويعطي تعليمات لاستحضار الأفكار الوسواسية، ويطلب منه الإشارة بإصبعه عند استحضار المريض للفكرة فيصيح المعالج "توقف" ويصاحب الصوت المرتفع بالطّرق على الطاولة ومنبه صوت آخر يأمر "بالتوقف"، ويوصى بعض المعالجين بإضافة "منفر" يشد المريض من ذراعه بصورة مزعجة تساعد على تحويل أفكاره، يدرب من خلالها المريض ولعدة جلسات على طرد الأفكار موضوع المشكلة.

أ- **التدريب على الإشباع** وهي تعتبر عكس اعتراض الأفكار "وقف الأفكار" فيطلب من المريض استحضار الفكرة وان يشغل فكره بها ويتعمق فيها وتستمر إطالة التعرض للفكرة لعدة دقائق في كل جلسة، وزيادة إطالة التعريض للفكرة لنصف ساعة ثم لساعة ويجب ان يتم ذلك من خلال جلسة الاسترخاء وتعد تدريبات الإشباع وأساليب التعرض والتدريب على الاعتياد للأفكار القهرية مشجعة ونتائجها جيدة في مجال علاج الوساوس.

- **خلاصة**

المرض أو الاضطراب	الأعراض	أساليب العلاج
الوساوس والأفعال القهرية	- وساوس متكررة وملحة. - تصورات ذهنية متكررة. - أفكار بغيضة وملحة. - أفعال وسلوكات لا إرادية ونمطية وقهرية.	- علاج دوائي مضادات للاكتئاب وعقاقير مضادة للقلق - علاج سلوكي معرفي • التعرض. • التعريض التدريجي. • التعرض التخيلي • العلاج بالتنفير • العلاج بوقف الافكار • الاشباع • النمذجة

ثانياً: الاكتئاب Depression

- تعريفه
- أعراضه
- أمثله عليه
- طرق التعرف عليه وقياسه
- علاجه
- خلاصة

♦ **الاكتئاب بمعنى** الكآبة، الحزن الشديد، الغم، اليأس والكدر.

- حاله وتتميز بفترات طويلة من الحزن واليأس والغم وتتميز بضعف وظيفي واضح، وانشغال مرضى بانعدام القيمة، وأفكار انتحارية، أعراض ذهانية أو تأخر نفس حركي، وتدوم الأعراض المصاحبة لهذه الحالة لأكثر من شهرين.

♦ **أعراض الاكتئاب حسب ما ورد في القاموس الطبي الرابع**
DSM. IV. 1994

1. مزاج بؤس واكتئاب معظم اليوم.
2. انخفاض واضح في مباهج الحياة، والمتعة والسرور.
3. نقص واضح في الوزن.
4. الأرق طيلة اليوم.
5. الهياج النفس حركي كل يوم تقريبا.
6. التعب العام.
7. شعور بعدم القيمة.
8. شعور بتأنيب الذات.
9. نقص القدرة على التركيز.
10. التردد في اتخاذ القرار.

11. تتواتر الأفكار الانتحارية في تفكيره.
12. أعـراض جـسمية مثـل فقـدان شـهيته للطعـام واضـطراب النـوم والخفـاض في مستوى الطاقة.
13. أعراض معرفيـة شـعوره بعـدم القيمـة والتفاهـة ومـشاعر الـذنب الـتي تـراوده باستمرار وانشغاله بالموت والميل المبالغ فيه في نقد الذات.
14. تدوم الأعراض لأكثر من شهرين.

♦ **أمثلة على حالات الاكتئاب:**

– ابراهام نيكولن رئيس أمريكـا الـسادس عـشر كـان مـصاب بالاكتئـاب وخاطـب زوجته "أنا الآن أتعس مخلوق، وإذا وزع ما أشعر به على البشرية كلـها لـن يكـون هناك وجه مشرق واحد على هذه الأرض، ولا أتوقع أن أكون أسـوء مـن ذلـك، ومن المستحيل أن أبقى هكذا فإما أن أموت أو أكون أفضل حالاً".

– شابه دخلت العيادة النفسية تبكي وتنحب وتؤنب نفسها وتحمل نفـسها مـسؤولية وفاة ولدها قبل سنتين بحادث سيارة.

– معلم تكرر دخوله لغرفة الصف حيث كان ينفجر بالبكاء وسط الحصة، ولا يكف عن البكـاء إلا بعـد إخراجـه ومراجعتـه للعيـادة الطبيـة النفـسية في الحـي الـذي يسكن فيه.

– شابه ناجحة جداً في مدرستها انهارت في أحد حصص الرياضيات وتطور المـرض واشتد عليها وقبل إدخالها للمستشفى أخبرت أسرتها أنهـا شـربت قطـرة للأنـف "شربت العبوة كاملة" والجدير بالذكر أنه قبيل حدوث النوبة سمعت أكثر مـن مـرة كلاما كثيرا عن حالات الانتحار ودخلت المستشفى وهي في حالـة اكتئـاب حـاد، مشاعر يأس كبيرة، سوداوية المـزاج، أرق، وقلـة نـوم، شـعور بـالروتين، مـشاعر بالذنب كبيرة.

♦ طرق التعرف على حالات الاكتئاب:

1. **المقابلة الإكلينيكية** وملاحظة الأعراض الدالة عليه ورصد عدد الأعراض التي يعاني منها المريض والفترة الزمنية التي استمر يعاني فيها.
2. **دراسة الحالة المعمقة** من خلال فتح ملف للحالة ودراسة تاريخ الحالة والتطور الأسري وملاحظة الأعراض التشخيصية خلال دراسة الحالة ورصدها.
3. **الاختبارات السلوكية**، استخدام هذه الاختبارات خلال الجلسات والمقابلات الإكلينيكية وسؤال المريض مباشرة عن المشكلة التي يعاني منها وقد يشرك أحد أفراد الأسرة في دراسة تطور المشكلة والتاريخ المرضى للحاله وملاحظة ورصد الأعراض التي تظهر خلال المقابلة.
4. بعض **الاختبارات والمقاييس** الخاصة بقياس درجة الاكتئاب مثل مقياس بيك للاكتئاب.

♦ علاج الاكتئاب

أولاً:

أ- **العلاجات الدوائية:** أي استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب حيث يبدأ الطبيب بصرف العقار الذي يحدث أثر مهدئا وقوياً مثل سلفات المغنيسيوم وبروميد الصوديوم، ولكن في الحالات الحادة جداً قد تصرف حقن في العضل من نفس تلك المهدئات لإحداث الأثر السريع وعندما يهدأ المريض يعطى نفس العقار بواسطة الفم والأدوية التي قد تستخدم لعلاج الاكتئاب

- استيلازين Stelazine
- مليبرامين Melipramine
- توفرانيل Tofranil
- اميزين imizine

ويعتبر (التوفرانيل + اميزين) أكثر فعالية في حالات الاكتئاب المصحوب بالسوداوية.

ب- وقد يستخدم العلاج بالصدمات الكهربائية بالنسبة للمرضى الذين يعانون من حالة الكآبة الشديدة جداً والمقاومة للأساليب العلاجية الأخرى أو الرافضة لها والمرضى المقيمين بالمستشفى.

ثانياً: العلاج المعرفي لمرضى الاكتئاب:

يرى بيك أن المزاج الاكتئابي ينتج من الأفكار السلبية وهو يرى أن الأفراد الاكتئابيون هم أشخاص سوداويون متشائمون ويقدمون تفسيرات سلبية ومشوهه للخبرات والأفكار الموجودة في بناهم المعرفي وهو يرى أن التشويه دائماً يكون في الأفكار حيث يفكر الشخص المكتئب أنه دائما ما يخطئ، ودائماً ما يعظم الصفات السلبية ويعيش فيها ويصغر الايجابيات ويتجاهلها حيث تنشط المنظومة السلبية وتسيطر على بناه المعرفي وتحاصر حاجاته ومستقبله فينظر إلى ذاته باعتبارها تافهه ولا تقدير لها، وينظر الى الحياة باعتبارها تفرض متطلبات شاقة وتقود نظره هذا الشخص المكتئب الى توقعات سلبية تقود الى الفشل.

وعلاج بيك هي تحديد ومواجهة هذه الأفكار السلبية وتطوير وانتاج أفكار إيجابية وتوافقية بحيث يتم ازاحة الأفكار السلبية من البنى المعرفية للشخص المكتئب واحلال الأفكار الإيجابية محلها من خلال عمليات التواصل بين المعالج والمريض وفق جلسات إكلينيكية مرتبة ومتدرجة

- جلسات أولى بناء الألفة والثقة والتعاون.
- جلسات للتقييم وينم فيها تحديد المشكلات النوعية وقياس الاكتئاب من خلال بطارية بيك للاكتئاب أو أية أدوات تشخيصية أخرى.
- جلسات إدماج المريض اجتماعيا في النموذج المعرفي.
- جلسات التعامل مع المريض مع تشاؤمه من العلاج".

- جلسات يتم فيها ممارسة أنشطة تساعد المريض على مواجهة افكـاره الـسلبية مثـل التدريب التوكيدي، التدريب على المهارات الاجتماعية، العلاج الاسـري، عـلاج المخاوف من خلال برنامج تقليل الحساسية التدريجي.
- جلسات يتم فيها تدريب المريض على مواجهة الأفكار الـسلبية بـصورة واجبـات منزلية من خلال سجل خاص يتم فيه التدوين الفاعـل والنـشط "سـجل مواجهـة الأفكار السلبية".

سجل مواجهة الأفكار السلبية

	الانفعال 100-0	المكان	الموقف	الفكرة السلبية	الفكرة البديلة
2014/1/1	حزين 90	المنزل	قضاء اليوم بالمنزل	لم انجز أي شيء	رتبت مكتبي
2014/1/5	مكتئب 80	المنزل	خصام مع الزوجة	أنا دائماً سبب المشاكل	يمكننا الحوار لمناقشة جوهر المشكلة
2014/1/8	ملل وروتين قاتل 80	المكتب مكتب العمل	فراغ قاتل	لا يوجد لي عمل فاعل لا أحد يدخل على مكتبي	مناقشة الزملاء حول كيفية تفعيل دوري
2014/1/11	يأس 80	المنزل	صراع مع الجيران وشجار	لا أستطيع تصورهم فهم ليسوا بشر	لماذا لا أحاورهم فالحوار قد يزيل أي سوء تفاهم

✓ يتعين مناقشة الأخطاء في التفكير، وطرق مواجهة الأفكار السلبية.

✓ يجب أن يكون تسجيل الأفكار الـسلبية والأفكـار البديلـة مـن ضـمن الواجبـات المنزلية.

ثالثا: العلاج السلوكي المعرفي:

من المؤكد أن التدخل السلوكي الذي يعتمد على التدريبات والأنشطة كان مفيدا ونافعا وحقق نتائج ايجابية مع مرضى الاكتئاب

– تجزئة المهام والتدرج في تنفيذها خاصة عندما يعاني من المريض صعوبة القيام بالمهمة، يمكن تجزئة المهمة ونطلب من المريض تنفيذ الأجزاء السهلة فالأصعب ثم الأصعب "التدرج في الانجاز".

– المهام والأنشطة خاصة للمرضى الذين يعانون من الملل والروتين بسبب عدم وجود عمل أو قلة العمل وقد يزيد من شدة معاناتهم شعورهم بعدم الانجاز لذا يتم وضع قائمة بالأنشطة تسجل في سجل ويتم رصدها في هذا السجل محددة بدقة ومحددة بالزمن التي تم انجازه من قبل المريض وعندما يتم استعراض هذه الانجازات بتراكم الأيام أمام المريض فإنه سيكتشف الصورة الإيجابية للذات وهذا سيساهم في تحسين المريض واثارة المتعة والبهجة في حياة المريض.

– لعب الأدوار يمكن استخدام لعب الأدوار لممارسة أنواع جديدة من السلوك وخاصة فيما يتعلق بالتدريب على المهارات الاجتماعية الأخرى وكيفية الحوار والتعامل مع التفاعل الاجتماعي وكيفية إقامة الصلات الاجتماعية.

– تقليل الحساسية التدريجي وهذه الآلية تستخدم في علاج المخاوف المرضية من خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة من خلال تصميم هرم القلق والتدرج في التعرض للمثيرات.

– التدريب التوكيدي خاصة وان المرضى الاكتئابيين يشكون من الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية ومن الفائدة ان نساعدهم وندربهم على كيفية اقامة وبناء العلاقات الاجتماعية وطرق التفاعل مع الآخرين وتدريبهم على كيفية استبصار الذات وتحديد مراكز القوة والايجابيات لديهم وتعزيزها من خلال الجلسة الإكلينيكية.

- التدريب على مهارات حل المشكلات والتي تساهم في اشراك المريض على توليد الخيارات والبدائل لحل المشكلات وفي كيفية تقدير ووزن هذه الخيارات كما تساهم في اكسابهم مهارات اتخاذ القرار.
- يجب ملاحظة الخفض الذي يحدث في الاكتئاب (قياسه قبل وبعد أربع أو خمس جلسات) لقياس أثر هذه الجلسات وهذا سيساعد المعالج على تقرير مواصلة الجلسات أم وقفها أو ادخال تعديلات عليها.

♦ خلاصة

المرض أو الاضطراب	الأعراض	أساليب العلاج
الاكتئاب	- بؤس - انخفاض واضح في مباهج الحياة - نقص في الوزن - ارق طيلة اليوم - تعب عام - شعور بعدم القيمة - شعور بتأنيب الذات - نقص القدرة على التركيز - التردد في اتخاذ القرار - تتواتر أفكار انتحارية - مشاعر بعدم القيمة والتفاهة ومشاعر الذنب - دوام الأعراض لأكثر من شهرين	- علاج دوائي مضاد للاكتئاب وأهمها توفرانيل+ اميزين - الصدمات الكهربائية - علاج معرفي تستند على تدريب المريض على مواجهة الأفكار السلبية واستبدالها بالأفكار الإيجابية والبناء عليها اعادة ترتيب البناء المعرفي لدى المريض - علاج سلوكي • لعب الأدوار • توكيد الذات • الاسترخاء • التدريب على مهارات حل المشكلات.

مقياس بيك للاكتئاب

BECK DEPRESSION INVENTORY-BDI-

قائمة بيك للكآبة

الاسم.................................. التاريخ....................................

يوجد في هذه القائمة مجموعة من العبارات. الرجاء قراءة كل عبارة بدقة ثم اختر العبارة التي تعطي أفضل وصف لمشاعرك خلال الأسبوع الفائت بما فيه اليوم. ارسم دائرة حول الرقم المدرج بجانب العبارة التي اخترت. إذا كان في مجموعة معينة عبارات لا تتوافق مع شعورك، ارسم دائرة حول الأرقام المدرجة بجانب هذه العبارات تأكد من قراءة كافة العبارات في كل مجموعة قبل الاختبار.

❖ 1)	❖ 7)
0. لا أشعر بالحزن.	0. لا أشعر بخيبة أمل من نفسي.
1. أشعر بالحزن.	1. أشعر بخيبة أمل من نفسي.
2. إنني حزين بصورة دائمة ولا أقوى على التخلص من هذا الشعور.	2. أشعر بالاشمئزاز من نفسي.
3. إنني حزين أو غير سعيد إلى درجة لم أعد أقوى على الاحتمال.	3. أكره نفسي.
❖2)	❖8)
0. إنني غير مثبط العزيمة تجاه المستقبل.	0. لا أشعر بأني أسوأ من أي شخص آخر.
1. أشعر بفقدان العزيمة تجاه المستقبل.	1. أنتقد نفسي بسبب مواقفي الضعيفة أو أخطائي.
2. أشعر بأنه ليس لدي شيء أتطلع إليه.	2. ألوم نفسي كل الأوقات بسبب أخطائي.
3. أشعر أن المستقبل خال من الأمل وأن الأمور لا يمكن أن تتحسن.	3. ألوم نفسي لكل أمر سيء يحدث.

❖ 3)	❖ 9)
0. لا أشعر كأني فاشل.	0. لا تراودني أفكار تدعوني إلى قتل نفسي.
1. أشعر بأني فشلت أكثر من الشخص العادي.	1. تراودني أفكار تدعوني الى قتل نفسي لكني لا أستجيب لهذه الأفكار.
2. عندما استعرض شريط حياتي الماضية لا أرى سوى الفشل.	2. أرغب في قتل نفسي.
3. أشعر أني فاشل كليا كانسان.	3. سأقتل نفسي لو سنحت لي الفرصة.
❖ 4)	❖ 10)
0. إنني أجني الآن الرضى من الأشياء كما كنت في السابق.	0. لا أبكي أكثر من المعتاد.
1. لم أعد أستمتع بالأشياء كما كنت سابقا.	1. أبكي الآن أكثر مما كنت أبكي سابقا.
2. لم أجني الرضى الحقيقي من أي شيء.	2. أبكي الآن في كل الأوقات.
3. إنني غير راض أو أشعر بالضجر من كل شيء.	3. كنت في السابق قادرا على البكاء، أما الآن فليس بإمكاني أن أبكي حتى لو رغبت في ذلك.
❖ 5)	❖ 11)
0. لا أشعر بصورة خاصة بالذنب.	0. أنا لست متوتراً الآن أكثر مما كنت في السابق.
1. أشعر بالذنب في أوقات كثيرة.	1. أتضايق أو أتوتر الآن بسهولة أكثر من السابق.
2. أشعر بالذنب الشديد في معظم الأوقات.	2. أشعر الآن بالتوتر في كل الأوقات.
3. أشعر بالذنب في كل الأوقات.	3. لا أتوتر بتاتا من الأمور التي كانت تسبب لي التوتر سابقا.

❖ 6)	❖ 12)
0. لا أشعر باني أعاقب.	0. لم أفقد الاهتمام بالآخرين.
1. اشعر بأني قد أعاقب.	1. إني أقل اهتماما الآن بالآخرين مما كنت عليه في السابق.
2. اتوقع أن أعاقب.	2. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين.
3. أشعر بأني أنال عقابي الآن.	3. فقدت كل اهتمامي بالآخرين.
❖ 13)	❖ 18)
0. اتخذ الآن قرارات أكثر مما كنت اتخذ في السابق تقريبا.	0. شهيتي ليست أسوأ من المعتاد.
1. أؤجل الآن اتخاذ قرارات مما كنت في السابق.	1. لم تعد شهيتي في حالة جيدة كما في السابق.
2. أواجه الآن صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات أكثر من السابق.	2. أصبحت شهيتي الآن في حالة أسوأ بكثير من السابق.
3. لم يعد باستطاعتي اتخاذ أي قرار بعد الآن.	3. لم أعد أشعر بشهية بتاتا.
❖ 14)	❖ 19)
0. لا أشعر بأني أبدو الآن أسوأ شكلاً أو مظهراً مما كنت عليه في السابق.	0. لم أفقد الكثير من وزني مؤخرا.
1. إنني قلق من كوني أبدو متقدماً في السن أو غير جذاب.	1. فقدت أكثر من 5.2 كغم.
2. أشعر بأن هناك تغييرات دائمة في مظهري مما يجعلني أبدو غير جذاب.	2. فقدت أكثر من 5 كغم، أحاول عن قصد تخفيف وزني بتناول الطعام بكمية أقل من المعتاد: أ) نعم ب) لا
3. لدي القناعة بأني أبدو بشعاً.	3. فقدت أكثر من 7.5 كغم.

❖ 15)	❖ 20)
0. باستطاعتي الآن العمل بمقدار ما كنت أعمل في السابق تقريبا.	0. لست قلقا على صحتي أكثر من المعتاد.
1. يلزمني الآن جهد إضافي لبدء عمل ما.	1. إنني قلق بشأن المشاكل الجسمانية مثل الآلام المتواصلة والأوجاع أو اضطراب المعدة أو الإمساك.
2. علي دفع نفسي بقوة من أجل القيام بعمل ما.	2. إنني شديد القلق بشأن المشاكل الجسمانية ومن الصعب علي التفكير بأشياء كثيرة أخرى.
3. لا أستطيع القيام بأي عمل بتاتا.	3. إنني قلق بشأن مشاكلي الجسمانية إلى حد لا أستطيع التفكير بأي شيء آخر.
❖ 16)	❖ 21)
0. باستطاعتي النوم براحة كالمعتاد.	0. لم الاحظ أي تغير مؤخرا في اهتمامي بالجنس.
1. لم أعد أنام براحة كما كنت في السابق.	1. اني أقل اهتماما الآن بالجنس مما كنت عليه في السابق.
2. أستيقظ من النوم ساعة أو ساعتين قبل المعتاد وأجد صعوبة في العودة إلى النوم مجددا.	2. إنني الآن أقل اهتماما بكثير في الجنس.
3. أستيقظ من النوم عدة ساعات قبل المعتاد وأجد صعوبة في العودة إلى النوم مجدداً.	3. فقد اهتمامي بالجنس كلياً.
❖ 17)	
0. لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.	
1. أشعر بالتعب الآن وبسهولة أكثر من السابق.	
2. أشعر بالتعب لدى قيامي بأي عمل تقريباً.	
3. إنني متعب لدرجة لا أستطيع القيام بأي عمل.	

(Beck, 1979, p. 398-399)

غير مكتئب	9-0
قليل	15-10
متوسط	23-15
شديد	63-24

ثالثاً: الفصام Schizophrenia

- تعريفه
- أعراضه
- أمثله عليه
- طرق التعرف عليه وقياسه
- علاجه

♦ **تعريفه:** "قصور جسيم يعوق القدرة على الوفاء بمتطلبات الحياة الأساسية"

وعرف اصطلاحاً بأنه "قصور واضح في القدرة على اختبار الواقع أو افتقاد الأنا لحدودها" **DSM.IV 1994**

الفصام كلمة أصلها يوناني وتعني تشقق النفس مرض قد يصيب الرجال والنساء ومن أهم أعراضه انفصال وضعف الارتباط بالعالم الواقعي والعلاقات الوجدانية والميل للانسحاب من البيئة الخارجية والتدهور الانفعالي ووصف الفصام بأنه تدهور بطئ ومتدرج في الشخصية وخصوصاً الحياة الوجدانية ويظهر في صورة اضطرابات في الشعور والسلوك والتفكير مع ميل واضح للهروب من الواقع.

♦ **أعراض مرض الفصام**

الأعراض والمحكات الدالة على مرض الفصام (**DSM.IV 1994**)

أ- الأعراض المميزة

اثنان أو أكثر من هذه الأعراض تلازم المريض لفترة جوهرية خلال شهر وهي:

- هذاءات

- هلاوس
- حديث مشوش
- سلوك نمطي تخشبي
- أعراض سلبية مثل عدم الكلام، انعدام الإرادة، التسطح العاطفي

ب- العجز الاجتماعي المهني لجزء من الوقت منذ بداية الاختلال، وواحد أو أكثر من المجالات الوظيفية الأساسية مثل العمل، العلاقات البينشخصية تنخفض بوضوح، كالفشل في انجاز المستوى المتوقع من العلاقات الشخصية، والانجاز الاكاديمي والانجاز المهني.

ج- الدوام والاستمرارية: الاختلال المتواصل مدة ستة أشهر على الأقل، ويجب أن تتضمن مدة الشهور الستة هذه على الأقل شهر واحد من الأعراض.

د- استثناء الفصام الوجداني والاختلال المزاجي:

اختلال الفصام الوجداني، واختلال المزاج مع معالم ذهانية تم تجنبها بسبب أي من:

1. عدم وجود نوبات اكتئابية أساسية.
2. إذا حدثت النوبات المزاجية أثناء وجود التطور النشط، فإن فترة الدوام الكلي تكون مختصرة.

هـ- الاستبعاد لحالة طبية عامة أو لتعاطي مواد: فالاختلالات لا ترجع الى تأثيرات سيكولوجية مباشرة لتعاطي مواد (مثل: اساءة استخدام عقار أو علاجا طبيا) او لحالة طبية عامة.

و- العلاقة مع اختلال نمائي تطوري: إذا كان هناك تاريخ من الاختلال الذاتي، فإن المحاورة الاضافية للفصام تسبب فقط هلاوس تظهر على الأقل لمدة شهر.

- **يستدل على المريض من خلال الأعراض:**

أن يتضمن عرضين على الأقل من خمس أعراض كلاسيكية ولمدة لا تقل عن ستة شهور وأن يكون لها آثارها السلبية على العلاقات الاجتماعية وعلاقات العمل وهذه الأعراض:

1. الضلالات والأوهام والهذاءات مشاعر اضطهاد **Delusions**
2. الهلاوس سمعية وبصرية وشمية ولمسية **Hullucinations**
3. الحديث غير المنظم واللامنطقي **Disorganized Speech**
4. السلوك الكتاتوني التخشبي **Catatonic**
5. الأعراض السلبية وهي تتضمن:

أ- تسطح المشاعر **Flat affect** تبلد الوجدان

ب- الخرس أو قلة الكلام عزوف عن الكلام **A logia**

ج- اضطرابات الإرادة فاقد الرغبة بأي نشاط **A volition**

- **أمثلة من العيادات النفسية:**

- شابة شكت من سماعها أصوات تأمرها بقذف نفسها من سطح البناية.
- شاب شكى من متابعة المخابرات المركزية الأمريكية باستمرار وتقصد ايذائه.
- شاب في الجامعة شكى من كراهية رئيس الجامعة له وانه يدبر له المكائد لفصله.
- شابه كانت تشكو من دسائس والدتها لها وأنها تكن الكراهية والحقد لها وكشفتها عدة مرات وهي تحاول دس السم في طعامها.
- رجل شكى خيانة زوجته له مرارا وتكرار وأنه يشك بخيانتها له مع طبيبه الذي يراجعه في العيادة.
- رجل يعتقد أنه هو المهدي المنتظر وهو مخلص البشرية من الظلم والاضطهاد.

- **طرق التعرف عليه وقياسه:**

- يتم التعرف على المرض من خلال الأعراض التشخيصية الدالة عليه وتتضمن الأعراض خمسة على الأقل ولمدة لا تقل عن ستة شهور وأن يكون لها أثارها الواضحة والسلبية على علاقاته الاجتماعية وعلى علاقاته بالعمل وهي:

(ضلالات وهذاءات، هلاوس سمعية وبصرية أخرى، حديث غير مترابط، سلوك كتاتوني، تسطح في المشاعر، خرس وقلة في الكلام، اضطرابات الإرادة)

- المقاييس والاختبارات النفسية.
- المقابلة الإكلينيكية لعدة مرات ولتدوين التاريخ المرضي ورصد السلوك وملاحظة الأعراض التشخيصية الدالة على الفصام.
- الملاحظة: ملاحظة الأعراض الدالة على الفصام رصد الأعراض ولفترة زمنية لا تقل عن 6 شهور.
- التصوير بالرنين المغناطيسي للدماغ (المخ) التصوير الفصي الأمامي والصدغي.
- التصوير بانبعاث البوزتزون أي دراسة تدفق الدم للتعرف على وظائف المخ حيث تفيد صور تدفق الدم في المخ واستهلاك الاكسجين والوظائف المخية الأخرى الى فهم أوجه القصور الوظيفي والتركيبي بالمخ.
- الكشف عن الاختلالات البيوكيميائية مثل نشاط (الدوبامين، افراز النورادرينالين، هرمون السيروتونين أو حمض الجابا، الأنزيمات ودورها).

- **علاج مرض الفصام**

1. العلاج الدوائي: ان الأدوية المضادة للذهان تعالج أعراض الذهان ولكنها لا تشفي المرض نهائيا وانما تخفض من حدته وقد تساهم في إزالة الأعراض.

ومن أحدث العلاجات المستخدمة في علاج مرض الفصام هي مضادات الذهان التي اكتشفت في التسعينات وهي الكلوزابين والريسبريدون وهي من أفضل الأدوية ويعدان الأكثر فعالية في علاج مرضى الذهان.

2. العلاج النفسي التحليلي (السيكوديناني)

ركز المعالجون في العلاج السيكوديناني على تشجيع المرضى خلال جلسات التحليل النفسي على العودة تدريجيا إلى خبرات الطفولة المتوترة والقلق التي خبروها خلال عمليات التنشئة الأسرية المضطربة. وذلك لمساعدة المرضى لاستخراج المكبوتات اللاإرادية الدفينة الموجودة في اللاشعور. كما أكد المعالجون على أهمية الجماعة والمناخ الاجتماعي لمريض الفصام وخاصة التوتر والقلق الذي كان يشعر به المريض في جماعته.

3. العلاج المعرفي

- التركيز على المعتقدات وتعديل المعتقدات الغير عقلانية.
- كشف التناقضات من خلال الجلسات الإكلينيكية، ابراز الأفكار المتناقضة في حديث المريض وتشجيع المرضى على الجهر بها.
- جلسات إكلينيكية يتم فيها التحدي اللفظي محدد البنية من قبل المعالج وبأسلوب يخلو من المواجهة، حيث تحصل من المريض على الموافقة لاختبار معتقداته الهذائية وبهدوء وبعلمية وبمنطقية في التفكير.
- جلسات إكلينيكية يتم فيها إعادة البناء المعرفي للمريض من خلال التفاعل والحوار المستند الى العقلانية والعلمية.
- وقف التفكير بتدريب الفصامين على استخدام التعليمات الذاتية بصوت مرتفع "انتبه" يعتقد الناس ان الهذيان جنون". "أنا لن اهذى" توقف عن ذلك

4. العلاج السلوكي:

- العزل في محاولة لخفض الهلاوس أي إبعاد وعزل المريض عن بيئته الاجتماعية، ووضعه في مكان منعزل وهي عبارة عن حجرة صغيرة غير مؤثثة لمدة 10 دقائق والهدف العلاجي هو خفض سلوك الهلوسة.
- النمذجة تقديم النموذج الايجابي والمؤثر على سلوك المريض والقادر على التعامل مع مرضه وخفضه أو الخلاص منه.

- أسلوب التدعيم والتعزيز بعد كل انخفاض في السلوك غير المرغوب.
- التضاؤل التدريجي تعليم المريض آليات الخفض التدريجي للسلوك الغير مرغوب وهو سلوك الهذيان أو الهلاوس من خلال مراقبة الذات وقياس عدد مرات حدوث السلوك- تعزيز بعد كل خفض - قياس مرة أخرى- تعزيز بعد الخفض الآخر وهكذا حتى انهاء أو اخفاء السلوك.
- برامج المكافآت الرمزية والتي تقدم بعد ظهور السلوك العلاجي المرغوب ويمكن بعد تراكمها استبدالها بمكافآت مادية.
- برامج العلاج الجمعي حيث توجد أهداف علاجية مشتركة بين المرضى.

5. العلاج الأسري:

- اشتراك الفاعلين في الاسرة والمرشحون للقيام بادوار ايجابية تجاه المريض.
- مساعدة الوالدين على ملاحظة سلوك المريض بشكل علمي.
- تعليم وتدريب الوالدين على استخدام أساليب لقياس السلوك ولتقديم برامج التعزيز والعقاب.
- استخدام المحاضرات والأفلام ودورات تدريبية، ولعب الأدوار في تدريب الوالدين لزيادة قدراتهم في التعامل مع المرضى.
- تدريب الوالدين على أساليب التواصل الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي السليم، ومهارات حل المشكلات لزيادة قدراتهم على التعامل مع المرضى.

• خلاصة مرض الفصام

المرض/ الاضطراب	الأعراض	أساليب العلاج
الفصام	– ضلالات وأوهام. – هـلاوس سمعيـة وبصرية وأخرى. – حديث غير منظم. – سلوك كتاتوني – تسطح المشاعر – خرس وقلة الكلام. – اضطراب الإرادة.	**أولا: العلاج الدوائي** – الكلوزابين – ريسبريدون **ثانياً: علاج نفسي سيكوديناميي تحليلي** تشجيع المريض للعودة الى الطفولة واسترجاع المكبوتات اللاإرادية الموجودة في اللاشعور **ثالثاً: العلاج المعرفي** – كشف التناقضات – اعادة تنظيم البناء المعرفي – طرد الأفكار اللاعقلانية – وقف التفكير **رابعاً: العلاج السلوكي** – العزل – النمذجة – برامج التعزيز والمكافآت – التضاؤل التدريجي **خامساً: العلاج الأسري** – تأهيل وتدريب الوالدين – على التعامل مع المرضى الفصاميين

المخاوف والقلق

- تعريفه
- أعراضه
- أمثله عليه
- طرق التعرف عليه وقياسه
- علاجه
- خلاصة

♦ تعريف المخاوف

الخوف المرضي هو خوف شديد يظهر لدى المريض من غير أن يكون هناك خطر موضوعي يبرره ويدفع بالفرد الى سلوك خاص يهدف الى تجنب شيء أو موقف ويأخذ مظهراً انفعاليا شديدا لا تبرره طبيعة الاخطار المرتبطة بالموقف المثير. فالخوف المرضي خوف متسلط ملح، ومتكرر الظهور من شيء معين، من غير ان يكون هذا الشيء يشكل خطراً موضوعياً على الشخص.

إنه خوف لا تبرره الأسباب الشعورية، يظهر ملحا في مظاهر الهلع عند الفرد ورغبته الشعورية في الهروب من الشيء الذي يفزعه أو ان يتجنبه. (الرفاعي، 1983).

يبدو أن المخاوف المرضية ترافق بعض الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب وعصاب الاستحواذ كما قد توجد منعزلة عند الفرد أو متعدد بمعنى أكثر من شكل من أشكال المخاوف. وحين توجد منعزلة تكون خفيفة الشدة ولا ترافقها اضطرابات نفسية شديدة مثل الخوف من بعض الحيوانات، الأماكن العالية، الظلام، الخوف من الجمهور، تناول الطعام.

أما المخاوف المتعددة فقد تشمل مجموعة معقدة من المظاهر الإكلينيكية ومن ابرزها الخوف من الأماكن المكشوفة وتشمل الخوف من المحال التجارية والمولات، والسفر وفي مثل هذه الحالات وعلى الرغم من أن الخوف المرضي هو المظهر المميز

للمصاب إلا أن هناك اضطرابات نفسية أخرى مصاحبه مثل القلق، تحقير الذات، اعياء...الخ.

ويعتبر الخوف المرضي من المدرسة من المخاوف المرضية المتعددة فقد يكون الطفل يعاني الخوف من الاماكن المفتوحة، والحديث مع الآخرين، والخوف من مغادرة المنزل والخوف من الامتحان، القلق..الخ.

لذا فالخوف من المدرسة يعتبر مظهرا لمجموعة اخرى من المخاوف المرضية كثيرة ومتعددة. وجميعها تندرج تحت اضطراب القلق ومن المخاوف الأكثر شيوعاً:

1. الخوف المرضي من العزلة (الوحدة)
2. الخوف المرضي من الأماكن المغلقة
3. الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة
4. الخوف المرضي من الجمهور
5. الخوف المرضي من الاماكن المكشوفة
6. الخوف المرضي من الأرواح
7. الخوف المرضي من الأموات
8. الخوف المرضي من الظلام
9. الخوف المرضي من الافاعي
10. الخوف المرضي من الحشرات
11. الخوف المرضي من الامتحانات
12. الخوف المرضي من المدرسة
13. الخوف المرضي من الماء/ البحر
14. اضطرابات الهلع (نوبات الهلع)
15. الاجورا فوبيا (الخوف من الأماكن العامة)

وستتعرض لبعض أنواع المخاوف بالدراسة:

أولاً: الهلع

المحكات التشخيصية لنوبات الهلع (DSM.IV 1994) حالة من الخوف الشديد ويتطور خلالها أربعة من الأعراض وتصل الى قمة وشدة الخوف خلال عشر دقائق وهي:

1. خفقان في القلب
2. زيادة وتسارع في معدل ضربات القلب
3. تصبب العرق
4. الرجفان ورعشة
5. احساس بصعوبة التنفس
6. شعور بالاختناق
7. ضيق بالصدر
8. غثيان ومغص بالبطن
9. شعور بالدوار
10. اغماء
11. فقدان الاحساس بالواقع، ضياع الشخصية
12. فقدان التحكم بالذات
13. الخوف من الموت
14. تشوش بالحس
15. قشعريرة
16. تتصف هذه الأعراض بالدوام والاستمرارية

- **علاج حالات الهلع:**

أولاً: العلاج الطبي (الدوائي)

- مضادات الاكتئاب مع اضطرابات القلق ويعد الايمبرامين **Imipramine** أكثر العقاقير فعالية

الزانكس **Xanax**

البرازولام **alprazolam**

تأثيرهما سريع وأعراضهما الجانبية قليلة

- العلاج الدوائي الوهمي **Placebo** + الايمبرامين

ثانياً: العلاج المعرفي

- اعادة البناء المعرفي
- تصحيح الأفكار الخاطئة

ثالثاً: العلاج السلوكي المعرفي

- التدريب على الاسترخاء
- تقليل الحساسية التدريجي

وتفيد الدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي تفوق على العلاجات الدوائية في علاج حالات الهلع.

رابعاً: المزواجية بين العلاج النفسي والدوائي أي التركيز على العلاج الدوائي (ايمبرامين+ علاج سلوكي معرفي) لضبط أو خفض حالات القلق والهلع.

ثانياً: الخوف من الأماكن العامة: (الأجورافوبيا)

أي الخوف من بقاء الشخص بمفرده في الأماكن العامة المزدحمة، ووسائل النقل العام 'الباصات المزدحمة'، المرور داخل النفق، العبور فوق الجسور وغالبا ما ترتبط الاجور افوبيا بنوبات الهلع.

- **الأعراض التشخيصية لاضطرابات الأجورافوبيا (DSM.IV 1994)**
  - الخوف من التواجد في الأماكن العامة المزدحمة
  - تجنب الوقوف في الطابور
  - تجنب عبور الانفاق والجسور
  - تجنب ركوب الباصات المزدحمة
  - الحد أو التقليل من السفر الذي قد يعرضه لمثل هذه المواقف.

- **العلاج:**
  - العلاج الدوائي مضادات الاكتئاب (الايميرامين)
  - العلاج الوهمي واستخدام الدواء الوهمي **Palcebo**
  - العلاج السلوكي المعرفي واستخدام آليات تقليل الحساسية التدريجي، تشجيع المريض على مواجهة المواقف التي يخاف منها ويتجنبها بصورة متدرجة ومنظمة وحسب الهرم الذي يتم بناؤه بالتنسيق مع المريض ويؤدي هذا التكنيك الى خفض السلوكات التجنبية المرتبطة بالاجور أفوبيا

ثالثاً: مخاوف مرضية نوعية

أي الخوف المبالغ فيه من أشياء محددة أو مواقف محددة.

- **والأعراض التشخيصية للمخاوف المرضية النوعية (DSM.IV 1994)**
  - خوف مبالغ فيه بسبب وجود الشخص في المرتفعات
  - خوف مبالغ فيه بسبب تعرض الفرد للحيوانات، حيوانات محددة
  - خوف مبالغ فيه بسبب وجود الشخص في الطائرة
  - خوف مبالغ فيه بسبب رؤية الشخص للدم
  - خوف مبالغ فيه بسبب تعرض الفرد لحقن
  - التعرض للمثير المسبب للخوف قد يولد عند الشخص حالة هلع مبالغ فيها وقد تسبب نوبة الهلع.

-تجنب الشخص للمواقف المثيرة للخوف قد تعطل الشخص عن أدائه لأنشطته ومهامه الاجتماعية وعلاقاته الاجتماعية.

-استمرار ودوام الأعراض ستة أشهر على الأقل.

♦ أنماط هذه المخاوف

- نمط حيواني أي الخوف يحدث بسبب الحيوانات أو الحشرات وهذا يحدث في مرحلة الطفولة.
- نمط البيئة الطبيعية أي الخوف يحدث بسبب موضوعات في البيئة مثل الخوف من المرتفعات، مياه، بحار وهذا أيضاً قد يبدأ في الطفولة.
- نمط الدم- الحقن- الاصابات وهذا النوع يحدث بسبب رؤية الدم أو أخذ حقنة أو تخييط جرح أو جبارة كسور.
- نمط موقفي وهذا يحدث بسبب الانتقال في وسائل النقل او استخدام مواصلات عامة أو القيادة في نفق أو عبور الجسور أو استخدام المصاعد، الطيران.
- نمط آخر أي الخوف الذي يحدث بسبب مثيرات أخرى مثل التعرض لموقف يؤدي الى الاختناق أو استفراغ أو عدوى المرض مثل خوف الأطفال من الأصوات المرتفعة او عند رؤيتهم لأشخاص مخيفين.

♦ العلاج:

- العلاج وفق نظرية التعلم الاجتماعي بندوراً تقديم النموذج من خلال تقديم النموذج المعبر والفعال واظهار مواجهته لاضطرابات الحياة التي لخافها.
- العلاج السلوكي التدريب على فنيات الاسترخاء، تقليل الحساسية التدريجي، والإفاضة
- العلاج المعرفي إعادة البناء المعرفي للمريض من خلال كشف واظهار الأفكار اللاعقلانية في تفكير المريض والتي تسبب له هذه المخاوف.

رابعاً: الخوف الاجتماعي

أي الخوف من التعرض لمثير أو موقف أمام حشد من الناس وقد تكون الفوبيا محددة مثل الخوف من الحديث أمام الجمهور أو الخوف من التواجد وسط الجماهير

- **الأعراض التشخيصية للخوف الاجتماعي (DSM.IV 1994)**

- خوف واضح ومستمر من موقف اجتماعي او اكثر قد يتعرض فيها الشخص لوجود أشخاص آخرين.
- خوف الفرد من أنه قد يتصرف بطريقة مهينة أو مربكة قد تسبب له القلق
- التعرض للموقف الذي يخاف منه ويولد القلق وقد يسبب نوبة هلع لديه
- يعرف الشخص أن الخوف مبالغ فيه.
- يتم تجنب المواقف الاجتماعية المخيفة
- تجنب الفرد للمواقف الاجتماعية المخيفة تعطل قيامه بمهامه الوظيفيه أو الانشطة الاجتماعية
- استمرار دوام الأعراض ستة أشهر على الأقل.

- **العلاج:**

1. العلاج الدوائي مضادات الاكتئاب
2. العلاج السلوكي

- تشجيع المواجهة التدريجي
- التعريض المقترن بالاسترخاء
- التدريب على المهارات الاجتماعية من خلال جلسات الارشاد الإكلينيكي وتبدأ بتشجيع المريض على المحادثة والبدء بالحديث، التدريب على مهارات التواصل البصرية، مهارات التفاعل والابتسام وسرعة الرد، وزن الحديث والتخلص من حشو الكلام، التدريب على مهارات التوكيد الذاتي، التعبير عن المشاعر الايجابية، تجسيد مراكز القوة في الذات.
- التدريب على برنامج حل المشكلات.

3. العلاج بواسطة تقديم النماذج الجيدة والفعالة
   - النموذج الإيجابي الجيد في التواصل الاجتماعي
   - النموذج الايجابي الجيد في مهارات حل المشكلات
   - النموذج الايجابي الجيد في التفاعل وبناء العلاقات
4. إعادة البناء المعرفي لمساعدة المريض على كشف الأفكار غير العقلانية والمواجهة والتعديل.

خامساً: القلق المعمم

وهو عبارة عن قلق غير واقعي وزائد وتوقع للشر أو الخطر حول مجالين على الأقل من مجالات الحياة مثل "الانشغال الحاد على مستقبل الأبناء" والانشغال بالأمور المالية بدون سبب.

- **الأعراض التشخيصية الدالة عليه (DSM.IV 1994)**

- قلق وانشغال زائدين ومستمر حيث التفكير بذلك معظم الأيام ولا تقل استمرارية الأعراض عن ستة شهور.
- يصعب على الشخص أن يتحكم في تفكيره وانشغاله.
- القلق والانشغال يكون بثلاث أو أكثر من الأعراض الستة التالية:

1. عدم الاستقرار والشعور أنه على حافة الهاوية.
2. الاحساس بالتعب.
3. صعوبة التركيز.
4. سرعة الغضب.
5. التوتر العضلي.
6. اضطراب النوم.

- القلق والانشغال يتسبب في الآم إكلينيكية تعيقه عن أدائه الاجتماعي والمهني.
- لا يرجع الاختلال لتأثيرات فسيولوجية أو نتيجة تناوله مادة أو دواء أو لحالة طبية عامة.

- **العلاج:**

- العلاج الدوائي: مضادات القلق مثل اللبيريوم والفاليوم والزانكس ومجموعة الازبيرونات.
- العلاج السلوكي:

التدريب على الاسترخاء.

تقليل الحساسية التدريجي

- العلاج المعرفي:

اعادة تنظيم البناء المعرفي ودحض الأفكار الغير عقلانية

- المزواجية بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي.

سادساً: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

مشاعر من الفزع والرعب في أعقاب حادث يفوق الخبرات المعتادة للبشر أي خارج إطار خبرات الحزن العادي ويكون الحدث ضاغطاً إذا كان مؤلما بشكل واضح مع احساس المريض بالعجز تجاهه وتعطل اداءه وتربك وضعه وتخل توازنه وهذا يحدث عادة بالحروب أو الكوارث أو الفواجع مثل تصادم القطارات، غرق السفن والعبارات، سقوط الطائرة، الزلازل والهزات، الفيضانات، حوادث القتل والاغتيال والاغتصاب.

- **المحكات التشخيصية لاضطرابات ما بعد الصدمة: (DSM.IV 1994)**

أولاً: حادث صادم وشديد يتوفر فيه:

-أن يكون الشخص قد عايش أو شاهد حادثا شكلت تهديدا أو ايذاء فعلي لحياته.

-استجابة الشخص شكلت خوفاً شديداً أو عجزاً

ثانياً: معايشة الحادث الصادم تتم بإحدى الطرق التالية:

- ذكريات مؤلمة وتشتمل تخيلات وأفكار.
- أحلام متكررة عن الحادث ومؤلمة جداً.
- الاحساس والشعور كما لو كان الحادث الصادم يحدث من جديد.

- الم نفسي شديد ومشاعر كدر نفسي عند التعرض لاي رمز يشبه الحدث.

ثالثاً: تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة من خلال:

- جهود لتجنب الأفكار والمشاعر وأي حديث عن الحادث.
- جهود لتجنب الأنشطة التي تثير ذكريات الحادث الصادم.
- عدم القدرة على استرجاع أي جانب هام من الحادث.
- تناقص الاهتمام بالأنشطة.
- مشاعر الانفصال.
- احساس متشائم نحو المستقبل.

رابعاً: أعراض مقاومة لاثارة متزايدة:

- صعوبة الدخول بالنوم.
- التهيج ونوبات الغضب الشديدة.
- صعوبة التركيز.
- اليقظة الدائمة والزائدة عن الحد.
- استجابات ترويع مبالغة.

خامساً: استمرارية في الأعراض لأكثر من شهر على الأقل

- **العلاج في حالات اضطراب ما بعد الصدمة:**

أولاً: العلاج الطبي "الدوائي"

- علاجات مضادات الاكتئاب وقد أكدت الدراسات بأن العقاقير المضادة للاكتئاب أدت إلى خفض حدة الاضطراب ونقص الكوابيس وخفض نوبات القلق والهلع وساهمت العقاقير والأدوية المضادة للاكتئاب الى تحسين في الحالة المزاجية لدى المرضى.

ثانياً: العلاج السلوكي المعرفي:

- تقليل الحساسية التدريجي.
- التعريض التخيلي.

- اعادة تنظيم البناء المعرفي.
- الدعم النفسي للمريض.

ثالثاً: العلاج السيكوديناميي:

- بناء العلاقة الآمنة والدافئة مع المريض.
- جلسات علاجية إكلينيكية.
- مساعدة المرضى على استبصار الذات واكتشاف الهوية وتحقيق مزيداً من الوعي بالذات.

رابعاً: المزاوجة بين العلاج الدوائي والنفسي

- **خلاصة المخاوف والقلق**

المرض/ الاضراب	الاعراض	أساليب العلاج
المخاوف المرضية - الهلع - الخوف من الأماكن العامة 'الأجور افوبيا' - مخاوف مرضية نوعية - الخوف الاجتماعي - القلق المعمم	- خفقان بالقلب - زيادة وتسارع في معدل ضربات القلب. - تصبب العرق وقشعريرة. - رعشة وخفقان. - احساس بصعوبة التنفس - شعور بالاختناق. - ضيق بالصدر. - غثيان ومغص بالبطن. - شعور بالدوران - اغماء - فقدان الاحساس بالواقع. - فقدان التحكم بالذات - اعراض أخرى تميز كل نوع من المخاوف	**أولاً: العلاج الدوائي** - مضادات الاكتئاب ايمبرامين، زانكس، البرازولام - العلاج الدوائي الوهمي **Placebo** **ثانياً: العلاج المعرفي** - اعادة البناء المعرفي - تصحيح الأفكار الخاطئة **ثالثاً: العلاج السلوكي المعرفي:** - التدريب على الاسترخاء - تقليل الحساسية التدريجي - التعرض للمثير بالخيال - التعرض للمثير بالواقع - الافاضة او الإغراق **رابعاً: النمذجية 'التعلم الاجتماعي'** - تقديم نماذج لتعامل بشكل جيد مع المثير - تقديم نماذج تتقن مهارات التفاعل والتواصل **خامساً المزواجية بين العلاج الدوائي والنفسي.**

قواعد عامة في الجلسات الإكلينيكية لعلاج المخاوف

- جلسات إكلينيكية وبمعدل مرتين – 3 مرات أسبوعياً.
- مدة الجلسة 45 دقيقة.
- تنظيم جلسات إضافية بعد اكمال البرنامج العلاجي.
- حدد المواقف المثيرة للخوف بالتشاور مع المريض.
- نظم هرماً للمخاوف بالتشاور مع المريض متدرجاً من الأقل إثارة إلى الأعلى إثارة.
- تجنب الإثارات العالية خلال جلسات التعرض للمثير.
- امنع التجنب الذي يحاول المريض ممارسته.
- تدرج في تقديم المثيرات ويمكن اجراء التعرض التخيلي فقط في العيادة وبالتالي يتدرب ويتعلم العميل كيفية التحكم في القلق.
- حدد واجبات منزلية يتم انجازها في اليوم التالي أو بين الجلسات.
- ينصح تدريب المريض على الاسترخاء و يتضمن التدريب على الاسترخاء ممارسة المريض للتوتر ثم ارخاء العضلات المختلفة الى أن يصبح قادراً على الاسترخاء والتركيز على الإحساسات المقابلة مع الحد الأدنى للتعزيز
- ان التحكم بالقلق يعتمد أساساً على التدريب على الاسترخاء.
- بعض الأمثلة على استخدام التعزيز في زيادة سلوك- تشكيل سلوك- تقليل سلوك.
- أمثلة الهرم الخوف والقلق.
- مثال للتدريب الجمعي على دعم الذات.
- مثال على التدريب على الاسترخاء.

المجموعة الثانية

التعـــزيـــز



يعرف التعزيز (Reinforcement) الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك الى توابع ايجابية أو الى ازالة توابع سلبية الشيء الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك ويعرف وظيفيا من خلال نتائجه على السلوك فإذا ادت توابع السلوك الى زيادة احتمال حدوثه في المستقبل تكون تلك التوابع معززة ويكون ما حدث تعزيزا.

((تصنيف المعززات))

أولا: المعززات الأولية: هو المثير الذي يؤدي بطبيعته الى تقوية السلوك (معززات غير شرطية) وهذه تنقسم الى:

1- معززات أولية ايجابية (كالطعام، الشراب، الدفء، الحنان،...الخ).

2- معززات أولية سلبية (كالبرد الشديد، الحر الشديد، الألم،...الخ).

المعززات الثانوية: هو المثير الذي يكتسب خاصية التعزيز من خلال اقترانه بالمعززات الأولية لهذا فهو يسمى بالمعزز الشرطي (Conditioned Reinforcer) وهناك ايضا ما يسمى المعززات المعممة (Generalized Reinforces) وهي مثيرات تكتسب صفة التعزيز نتيجة لإرتباطها بمعززات أولية أو ثانوية متعددة ومن أمثلتها معززات النقود فالنقود لا تعني شيئا للفرد في بداية حياته ولكنه يتعلم أن باستطاعته الحصول على أشياء كثيرة من خلالها نتيجة لذلك تصبح النقود من اقوى المعززات الشرطية.

ثانياً: معززات طبيعية ومعززات اصطناعية: والمعززات الطبيعية هي التوابع ذات العلاقة المنطقية بالسلوك ففي غرفة الصف تمثل ابتسامة المعلم للطالب وثناؤه على اجابته الصحيحة معززات طبيعية وأثرها بالغ. أما إعطاء المعلم نقاطا يمكن ان يستبدل بها فيما بعد أشياء معينة يحبها فهذا تعزيز اصطناعي.

التعزيز الايجابي والسلبي:

(Positive Reinforcement) ظهور مثير بعد السلوك مباشرة يؤدي ذلك الى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة والأمثلة على ذلك:

- الثناء على الطالب بعد تأدية الوظيفة على نحو جيد.

- تقبيل الوالد لطفله بعد تأديته لسلوك مرغوب.

(Negative Reinforcement) إزالة مثير بغيض أو مؤلم بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة والأمثلة على ذلك:

- تحضير الطالب للحصة القادمة ليتجنب عقاب المعلم المعروف بشدته.
- إزالة انذار عن الطالب بعد تحقيق انجاز مرغوب.

والجدير بالذكر هو أن التعزيز الايجابي أكثر استخداماً في برامج تعديل السلوك.

((أشكال المعززات))

- **معززات غذائية** تشمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد وإحدى المشكلات الأساسية التي تواجه المعالج عند استخدام هذه المعززات هي مشكلة الإشباع والمقصود بذلك هو أن المعزز يفقد فعاليته نتيجة لاستهلاك الفرد لكمية كبيرة منه ويمكن التغلب على ذلك من خلال التنويع أو استخدام أكثر من معزز.
- **معززات مادية** الأشياء التي يحبها الفرد (كالألعاب والقصص، أقلام تلوين، صور، تذاكر...الخ)

بعض المعززات المادية	
العاب	صلصال
اقلام	حلي
الوان	مفكرة
كرة	دراجة
صفارة	أشرطة
بالون	أوسمة
شهادة تقدير	تذكرة مسرح
طائرة ورقية	شارات

- **معززات رمزية** وهي معززات قابلة للاستبدال (رموز معينة كالنقـاط أو النجـوم أو الكوبونات...الخ) يحصل عليها الفرد عند تأديته للـسلوك المقبـول ويـستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى.
- **معززات نشاطية** وهي نشاطات معينة يحبها الفرد يسمح له بالقيام حيـال تأديتـه للسلوك المرغوب فيه كالسماح للطفل بمشاهدة برنامجه التلفزيوني المفـضل فقـط بعد الانتهاء من تأدية وظيفته المدرسية أو السماح له بالخروج مع أصـدقائه بعـد أن يقوم بترتيب غرفته وتشمل:

معززات نشاطية	
العاب رياضية	قراءة قصص
رحلات	التلفزيون
زيارات	الحاسوب
رسم	حفلات مدرسية

- **معززات اجتماعية** وهي الابتسام، الثناء، الانتباه، التعزيز اللفظي ولهذه المعـززات حسنات كثيرة من حيث أنها مثيرات طبيعية يمكـن تقـديمها بعـد الـسلوك مباشـرة ونادراً ما يؤدي استخدامها الى الإشباع.

معززات اجتماعية	
التحدث ايجابيا عن الطفل	التعزيز اللفظي
المديح	أحسنت
الابتسام	انك ذكي جدا
نظرات الإعجاب	فكرتك رائعة

إجراءات تعديل السلوك

أولاً: زيادة حدوث السلوك

الاجراء	مبادئ التنفيذ	طبيعة التنفيذ	أساليب مؤثرة للتعديل	مدة التأثير المتوقعة	صفات ونتائج خاصة
- التعزيز الايجابي - معززات اجتماعية - معززات رمزية	تقديم المعزز الايجابي بعد السلوك المطلوب مباشرة	تدريجياً	- التعزيز المباشر للسلوك المطلوب. - التعزيز كمياً بما يتناسب مع حاجة التلميذ. - استعمال المعززات المناسبة للتلميذ والتي تناسب رغباته. - استعمال التعزيز الاجتماعي بالاقران كلما أمكن ذلك. - التنويع في المعززات المستعملة - البدء بتعزيز كل سلوك ثم التخفيف تدريجياً - الاهتمام بالتلميذ ومعاملته الانسانية. - موضوعية التعزيز- تعزيز ما يستحق فقط.	طويلة	- ايجابي وبناء لشخصية التلميذ. - تحسين مفهوم الذات لديه.

الاجراء	مبادئ التنفيذ	طبيعة التنفيذ	أساليب مؤثرة للتعديل	مدة التأثير المتوقعة	صفات ونتائج خاصة
- التعزيز الايجابي - معززات اجتماعية - معززات رمزية	تقديم المعزز الايجابي بعد السلوك المطلوب مباشرة	تدريجياً	- التعزيز المباشر للسلوك المطلوب. - التعزيز كمياً بما يتناسب مع حاجة التلميذ. - استعمال المعززات المناسبة للتلميذ والتي تناسب رغباته. - استعمال التعزيز الاجتماعي بالاقران كلما أمكن ذلك. - التنويع في المعززات المستعملة - البدء بتعزيز كل سلوك ثم التخفيف تدريجياً - الاهتمام بالتلميذ ومعاملته الانسانية. - موضوعية التعزيز- تعزيز ما يستحق فقط.	طويلة	- ايجابي وبناء لشخصية التلميذ. - تحسين مفهوم الذات لديه.

الاجراء	مبادئ التنفيذ	طبيعة التنفيذ	أساليب مؤثرة للتعديل	مدة التأثير المتوقعة	صفات ونتائج خاصة
التعزيز السلبي	ازالة المنبه المعاكس	تدريجياً	- الاستمرار في عملية التعزيز. - مراعاة قوة المنبه المعاكس لضمان مفعوله لدى التلميذ.	طويلة نسبياً	ايجابي لشخصية التلميذ
توفير نماذج سلوكية	مشاهدة السلوك الموجه "نموذج"	تدريجياً	- شهرة الفرد الذي يتم تقليده وشعبيته العامة. - تشابه بعض الخصائص الشخصية بين الفرد والتلميذ. - صداقة التلميذ أو محبته للفرد. - بساطة تركيب السلوك الذي يتم تقليده ونسخه. - التعزيز المناسب كماً ونوعاً للسلوك النموذجي المكتسب.	طويلة	امكانية استعمال هذا الاجراء لتعديل أنواع مختلفة من السلوك.

إجراءات تعديل السلوك

ثانياً: تعليم الفرد سلوكات جديدة

الاجراء	مبادئ التنفيذ	طبيعة التنفيذ	أساليب مؤثرة للتعديل	مدة التأثير المتوقعة	صفات ونتائج خاصة
الحث والاقتداء النمذجة	مشاهدة التلميذ لسلوك نموذجي	تدريجياً	– التعلم بالقدوة.	طويلة	امكانية استعمال هذا الاجراء لتعليم سلوكات جديدة.
التشكيل	تحديد الاجزاء السلوكية المتابعة للعادة والتعزيز القوي لكل منها (قراءة، كتابة، قيادة السيارة)	تدريجياً	– البدء بما يمتلكه التلميذ والبناء عليه. – البدء بأكثر أنواع السلوك تكراراً وتشابهاً للعادة. – مناسبة الخطوة السلوكية لقدرة التلميذ. – سماح وقت كاف للتلميذ لممارسة الخطوة السلوكية ودمجها فيما سبق تعلمه. – التعزيز الفوري المناسب كماً ونوعاً. – ملاءمة سرعة التشكيل لقدرة التلميذ على التعلم.	طويلة	– ايجابي وبناء النتائج نفسياً واجتماعياً وتربوياً. – الحاجة للتحضير الدقيق والانتباه المتواصل.

الاجراء	مبادئ التنفيذ	طبيعة التنفيذ	أساليب مؤثرة للتعديل	مدة التأثير المتوقعة	صفات ونتائج خاصة
التسلسل	ترتيب الاجزاء السلوكية للعادة حسب حدوثها المنطقي. مثال • يرى اشارة المطعم (مثير تمييزي) - يتجه الى المطعم استجابة • باب المطعم (مثير تمييزي) - يدخل المطعم استجابة • العامل تفضل (مثير تمييزي) - يطلب الاكل استجابة • العامل يحضر الطعام (مثير تمييزي) يأكل استجابة • طعام لذيذ وممتع (تعزيز)	تدريجياً	- اختبار الاجزاء السلوكية ذات الارتباط العضوي معاً وتقديمها للتلميذ حسب تسلسلها. - التعزيز المناسب للتلميذ	طويلة	- ايجابي لشخصية التلميذ - الحاجة لدقة وصحة التسلسل.

ثالثاً: إجراءات التقليل المستندة إلى التعزيز:

1. **التعزيز التفاضلي للسلوكات الأخرى** وهو تعزيز الفرد في حال امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول.

مثال: (عدواني يؤدي إلى.. جلس هادئ خلال الحصة يأخذ نجمة)

مثال: (يكتب على الجدران يؤدي إلى.. جلس ملتزم بعدم الكتابة يومين يأخذ نجمة)

(تتم المتابعة لتجميع ثمن الجائزة)

2. **التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض:** وهو تعزيز الفرد عند قيامه بسلوك نقيض للسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله.

(يأكل الطفل وهو جالس على الكرسي يتناقض مع تنقله من مكان لآخر)

(إجابة الطفل عن سؤال المعلم بعد إذنه يتناقض مع إجابته دون إذن)

3. **التعزيز التفاضلي** للنقصان التدريجي تحديد فترة زمنية يتم فيها قياس السلوك غير المقبول المراد تقليله فإذا كان معدل حدوث السلوك أقل من قيمة معينة يتم تعزيز الفرد أما إذا كان معدل حدوث السلوك أكثر فلا يحدث التعزيز.

4. **الاشباع** تعزيز السلوك تعزيزاً متواصلاً وبكميات كبيرة يؤدي إلى تقليل السلوك المراد تقليله وعدم التوقف عن التعزيز حتى حدوث الاشباع فعلاً.

أشكال المعززات:

أ- معززات غذائية: ولها أثر بالغ في مجال تعديل سلوك الأطفال خاصة عندما يكون تقديمها متوقف على تأديته لذلك السلوك مباشرة وتجنب إعطاء كميات كبيرة من المعزز نفسه.

ب- المعززات المادية: وهي الاشياء التي يحبها الفرد وحسب سنه كالألعاب، القصص، الصور، وأقلام الأولوان، وشهادات التقدير، والجوائز بأنواعها...الخ.

ب بعض المعززات المادية للأطفال	
الألعاب	صلصال
اقلام الألوان	حلي
كرات	مفكرة
شهادات تقدير	دراجة
دراجة	أشرطة أو ديسكات
بدلة رياضة	أوسمة مدرسية
سيارة صغيرة	أطقم اقلام

ج- **معززات رمزية:** وهي معـززات قابلـة للاسـتبدال وهـي رمـوز معينـة (كالنقـاط، النجوم، كوبونات..) يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبـول المـراد تقويتـه ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى.

د- **المعززات النشاطية:** وهي نشاطات يحبها الفرد يسمح له بالقيـام بهـا حـال تأديتـه للسلوك المرغوب فيه كالسماح لـه بمـشاهدة برنامجـه المفـضل فقـط بعـد الانتهـاء من تأديته وظيفته المدرسية أو الـسماح لـه بـالخروج مـع أصـدقائه بعـد أن يقـوم بتنظيـف وترتيـب غرفتـه وتـشمل المعـززات النـشاطية (الألعـاب، والزيـارات، والرحلات، الفنون)

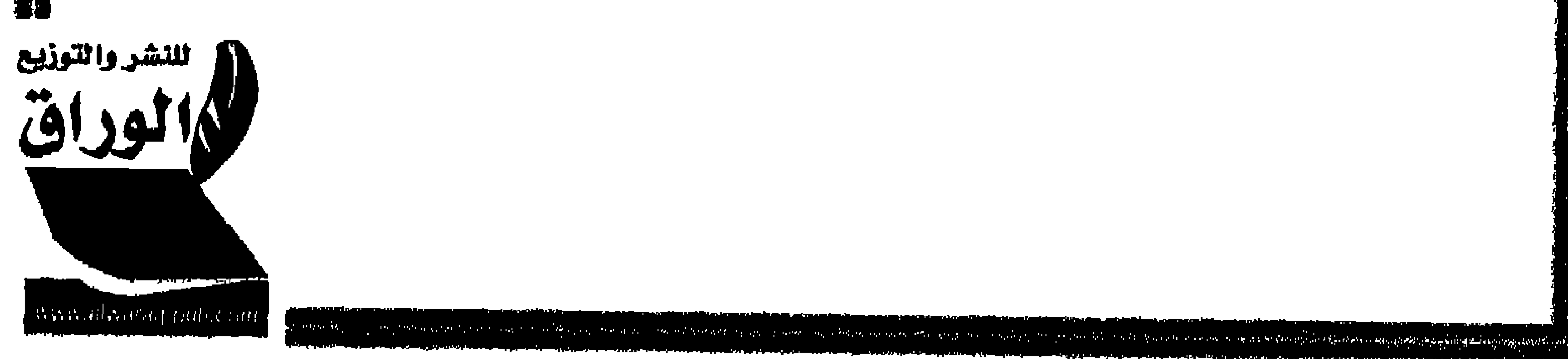
د بعض المعززات النشاطية للأطفال	
- قراءة القصص	- فيلم فيديو
- أفلام كرتون	- لعب مع الأصدقاء
- حفلات مدرسية	- نشاطات ترفيهية في مدينة العاب
- العاب رياضية	- مباراة كرة قدم
- رسوم وفنون	- رحلات مع الأصدقاء
- كمبيوتر وأتاري	

هـ- معززات اجتماعية: وهي كثيرة منها الثناء، الابتسام، الربت على الظهـر، ويمكـن تقديمها بعد السلوك مباشرة.

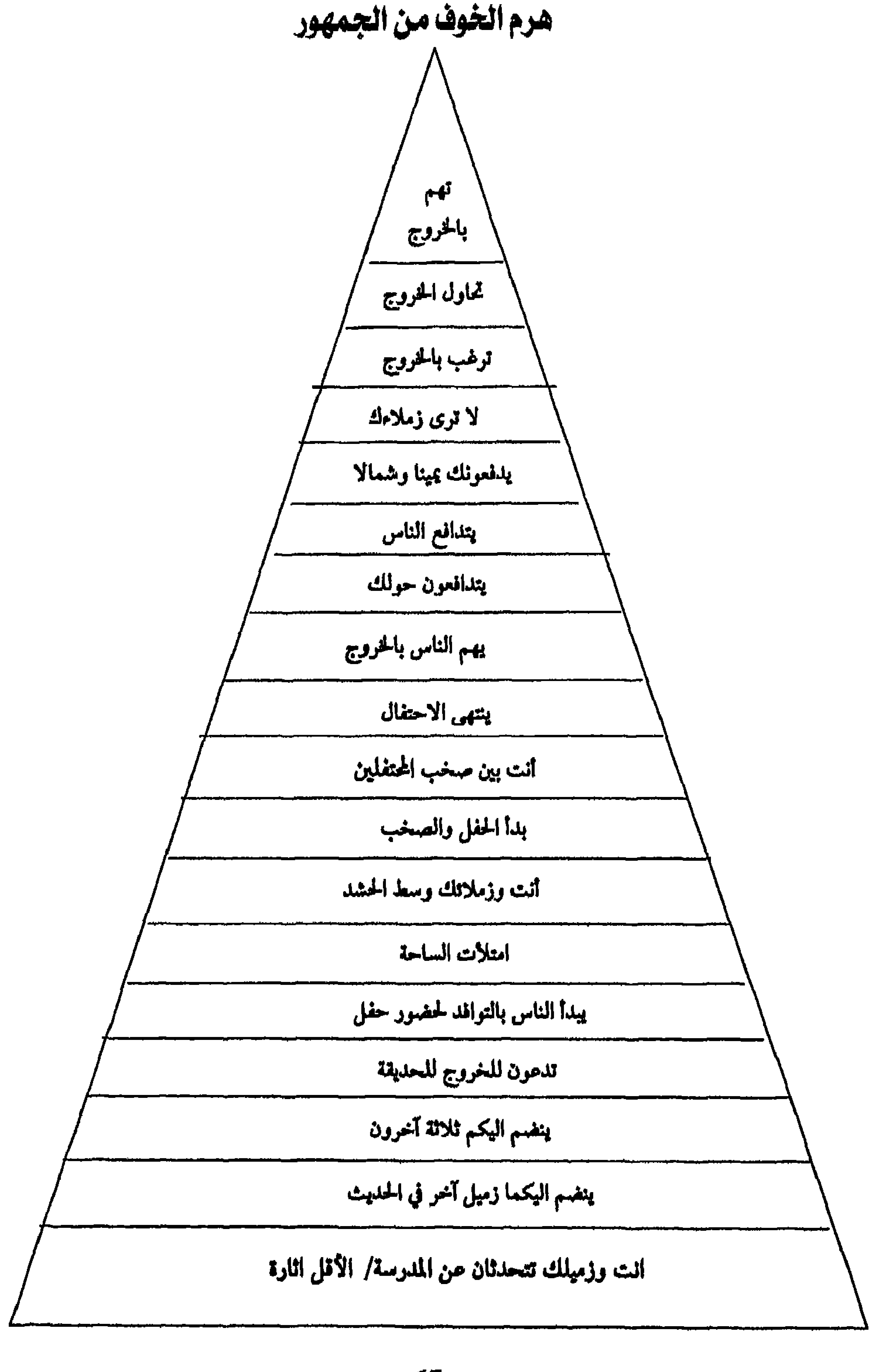
هـ بعض المعززات الاجتماعية	
- الربت على الكتف	التعزيز اللفظي تقول
- الابتسام	- احسنت، عظيم، جميل.
- المديح والثناء	- فكرة رائعة
- نظرات الاعجاب والتقدير	- انت ذكي فعلاً
- الايماء بالرأس	- انظروا كيف يجلس بهدوء
- التصفيق	- فكرة رائعة

المجموعة الثالثة

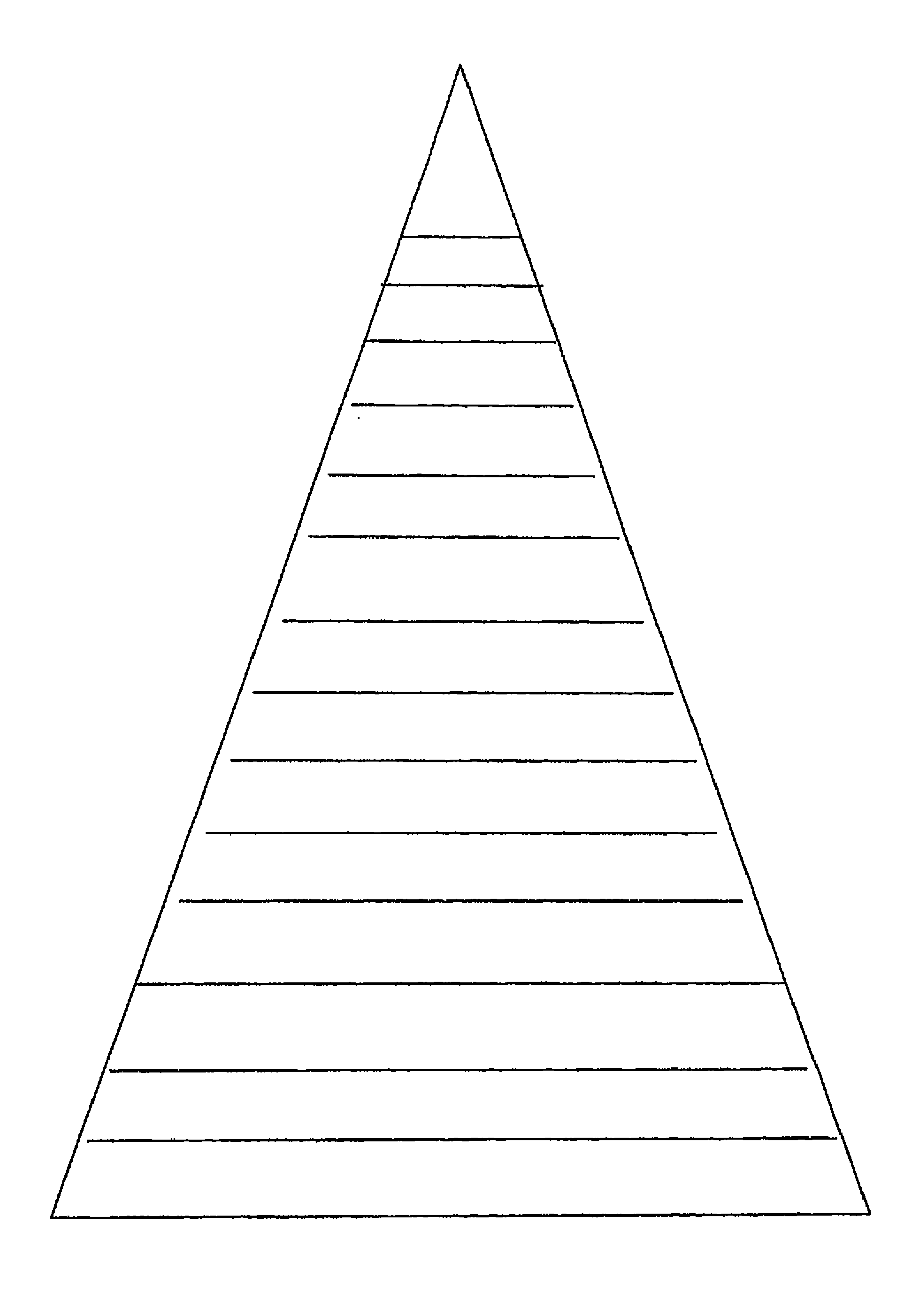
هرم الخوف من الجمهور



هرم الخوف من الجمهور



صمم هرماً للخوف من الامتحان



المجموعة الرابعة
عرض لبرنامج سلوكي
تفصيلى فى تدعيم الذات



- عرض لبرنامج سلوكي تفصيلي في تدعيم الذات/ الاسترخاء

توكيد الذات أو السلوك المؤكد لذاته هو:

1. القدرة على التعبير الصادق عن جميع أشكال الأفكار لدى الشخص (السارة والمزعجة)
2. ان السلوك المؤكد سلوك مقبول اجتماعيا
3. القدرة على ممارسة الحق الشخصي دون الاعتداء على حقوق الآخرين
4. الثقة بالقدرة على الدفاع عن الذات دون قلق وتوتر غير مبرر
5. حرية أن يكون الفرد قادرا على ان يختار ما هو الظرف المناسب لكي يمارس سلوكا لتأكيد ذاته (Rimm, Shelton, 1976)

مثال

- **استجابة مؤكدة:** تظهر عندما يعبر الفرد عن ذاته بشكل يحترم فيه حقوقه الشخصية وحقوق الآخرين في جميع المواقف (أي يمارس حقوقه دون المساس بحقوق الآخرين)
- **استجابة غير مؤكدة:** تظهر عندما يترك الفرد المجال للآخرين ليتخطوا حدوده ويتعدوا على حقوقه
- **استجابة عدوانية:** وتظهر عندما يقوم الفرد بالهجوم على حقوق الآخرين

طرق الاستجابة وصفاتها

	المذعن	المؤكد	العدواني
كيف تشعر	متوتر	واثق	عنيف
	عصبي	مطمئن	مخرب
	قلق	صادق	غاضب
	معتذر	عادل	مشاكس
	متجنب وهارب	يحترم الآخرين	المهم حقوقي

العدواني، المذعن، المسلي، المؤكد للذاته (30 دقيقة) تطبيقي أي نوع أنت

ضع دائرة حول (أ،ب،ج،د)

1. **عندما يطرح المعلم أحد الأسئلة في الغرفة الصفية، فإنني:**

أ- ارفع يدي بشكل فوري

ب- اهمس بإجاباتي إلى الشخص الذي يجلس بجواري

ج- اجلس بصمت وانظر للأسفل

د- انتظر قيام شخص آخر للإجابة

2. **أحب الحفلات حيث**

أ- نلعب الألعاب أو نناقش السياسة

ب- يوجد عدد كبير من الأشخاص

ج- أعرف كل الموجودين

د- لا اعرف أحدا

3. **عندما يدور صراع حولي:**

أ- اكسبه عادة

ب- انسحب من الصراع

ج- ابقى مواليا لأصدقائي

د- أغادر

4. **عندما أفكر في تنفيذ مشروع لي فإنني:**

أ- اطلب الفكرة العامة واقوم به بشكل جيد

ب- أطلب وضعي في فريق لأنني أعمل بشكل أفضل مع المجموعات

ج- أنتظر المشرف ليبلغني المطلوب فعله

د- انتظر المشرف ليعطيني كل التفاصيل لأتمكن من البدء بالتنفيذ

5. **إن الكلمة التي يستخدمها معظم الناس في وصفي هي:**

أ- لحوح كثير الطلبات

ب- متكلم

ج- جيد

د- منظم

A عدواني.

B مسلي ومؤكد للذاته وقائدا.

C خاضع يحاول ان يكون صديق الجميع.

D مذعن تام وخنوع.

مثال لبرنامج علاج جمعي لتأكيد وتدعيم الذات:

البرنامج 5 جلسات كل جلسة مدتها ساعتين

الجلسة الأولى

أهداف الجلسة الأولى

1. جعل المسترشد يشعر بالألفة والارتياح
2. التعرف على مفهوم توكيد الذات.

لتحقيق الهدف الأول

1. كل عضو يحيي المجموعة ويقدم نفسه بالطريقة التي يراها مناسبة ويستمر التعارف حتى يأخذ كل عضو فرصته بالحديث وبهذه الطريقة يتم تهيئة الجو المناسب لخلق الألفة بين أعضاء الجماعة.
2. توضيح مفهوم توكيد الذات والفرق بين أن يكون الفرد مؤكدا لذاته وغير مؤكد لذاته.
3. إعطاء واجبات (أن يصيغ كل عضو أهداف نحو تغيير سلوكه قابلة للقياس)

الجلسة الثانية

أهداف الجلسة

1. مناقشة الواجب البيتي
2. عرض أمثلة لمجالات توكيد الذات

- يتم بالجلسة مناقشة ما أعده واحضره الاعضاء من أمثلة عن الاهداف والتعرف على طرق قياسها.
- عرض ومناقشة لمجالات توكيد الذات (طلب معروف، رفض الطلبات، معارضة الآخرين، البدء بالحديث، التعبير عن المشاعر الايجابية والسلبية، تلقي المديح، طرح التحية).
- واجب بيتي
- تكليف الاعضاء بقراءة كتب حول حقوق الأفراد التي يكلفها الدستور
- كتابة أمثلة لسلوكات مؤكدة/ سلوكات خانعة/ مذعنة
- سلوكات عدوانية

الجلسة الثالثة

أهداف الجلسة

1. مناقشة الواجبات التي كلف بها الأعضاء.
2. ممارسة لعب الأدوار.

- مناقشة الواجبات فيأخذ المرشد تغذية راجعة من خلال مناقشة الاعضاء لحقوق الافراد حسب الدستور ثم مناقشة السلوكات التي أحضروها عن (التوكيدية، المذعنة، العدوانية)
- ممارسة لعب الادوار بحيث تقود الى تطور السلوك المؤكد كأن يقول المسترشد (لا) للرد على طلبات غير معقولة يتقدم بها أفراد من المجموعة.
- كما يجب أن يتدرب الافراد على مجال تلقي التعزيز/ المديح ويعطون عبارات مديح واقعية للاعتماد عليها، يستعملونها مع بعض، وبعد ذلك يستعرض أفراد المجموعة الطرق التي يمكن استعمالها لمكافأة أنفسهم على سلوكهم المدعم لذاتهم.

الجلسة الرابعة

-التعرف على حديث الذات السلبي

-تركز هذه الجلسة على تعلم الاعضاء على الطرق التي تجعل الفرد يفشل في محاولته لتأكيد ذاته بسبب ارائه ومعتقداته السلبية (حديث الذات السلبي) أي هدف هذه العملية هو تنبيه المسترشدين الى تفاصيل الكيفية التي يرون بها أنفسهم من خلال تكليفهم بالتالي:

1. تسجيل المعتقدات الغير منطقية عن الذات.
2. ما تراه وما تحدث به نفسك من سلبيات عن الذات.
3. التدريب على كيفية مقاومة هذه المعتقدات والصور السلبية للذات.

الجلسة الخامسة

-عرض فيلم حول النماذج المختلفة.

-النمذجه من قبل الأعضاء.

-تغذية راجعة حول الجلسات السابقة.

-مناقشة المشاكل التي مر بها الأعضاء.

-تقييم الجلسات.

برنامج التدريب على الاسترخاء

(50 دقيقة)

الاستلقاء على كرسي أو سرير وفي وضع مريح

- o أغمض عينيك واصغ إليّ إصغاء تاماً.
- o لاحظ التوترات التي ستحصل لجميع أجزاء جسمك وكيف سنقلل منها أو نتحكم بها

✓ **الذراعان:**

-وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولاً، اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة، لاحظ عضلات يدك وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تتوتر وتشتد، انتبه وركز على هذا التوتر- لاحظه، افتح يدك اليسرى وارخها. (لاحظ الفرق بين ما كنت عليه من شد وتوتر وما أنت عليه الآن) نكرر التدريب 3 مرات.

-توجيه الانتباه إلى الذراع الأيمن وتكرير التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان بين كل مرة.

✓ **اليدان**

- وجه الانتباه لليد اليمنى، أغلق بإحكام راحة اليد اليمنى، لاحظ التوتر، والآن استرخ.
- وجه الانتباه إلى راحة اليد اليمنى واليسرى، اثن راحتك الى الخلف إلى أن تشعر بالتوتر، لاحظ التوتر ثم استرخ. كرر التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان بين كل تدريب.

✓ **الكفان**

-أطبق كفيك واثنيهما في المقدمة في اتجاه الذراعين الى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين.

-حاول أن تدرس وتلاحظ التوتر والآن استرخ، اشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء.

-كرر التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان بين كل مرة.

✓ **الكتفان**

-ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك، لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة.

-استرخ عائدا بكفيك الى وضع مريح، لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.

-كرر التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان بين كل مرة.

✓ **عضلات الوجه**

-أغمض عينيك بشدة وقطب حاجبيك الى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد أشتدت.

-استرخ وأرح الجبهة، لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.

-كرر التدريب 3 مرات.

✓ **العينان**

أغلق عينيك بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر- افتحهما واسترخ.

كرر التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان.

✓ **الفك والأسنان**

-اطبق فكيك واسنانك بإحكام، لاحظ التوتر دع فكيك واسترخ.

-كرر التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان.

✓ **الشفتان:**

-زمّهما واضغط بكل منهما على الأخرى، لاحظ التوتر والآن استرخ وارخ عضلات شفتيك.

-كرر التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان.

✓ **الرقبة**

- أضغط برأسك الى الخلف إلى أن تشعر بالتوتر، لاحظ التوتر ثم انتقل الى استرخاء عميق.
- كرر التدريب 3 مرات واستراحة مدة 10 ثوان.
- مد رأسك الى الأمام، كما لو كنت ستدفن ذقنك في صدرك، لاحظ التوتر ثم استرخاء عميق.
- كرر التدريب 3 مرات.
- استراحة مدة 10 ثوان.

✓ **الجزء الأعلى من الظهر**

-قوس ظهرك كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن، لاحظ التوتر في الظهر والآن استرخ وعد بجسمك الى وضعه الطبيعي، لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.

-خذ نفساً عميقاً، وانفث الهواء (شهيق وزفير) وعد الى تنفسك العادي لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.

-كرر التدريب 3 مرات.

-استراحة مدة 10 ثوان.

✓ **البطن**

-اقبض عضلات البطن، شدها الى الداخل، حافظ على هذا الوضع قليلاً والآن استرخ، لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.

- كرر التدريب 3 مرات- استراحة مدة 10 ثوان.

✓ **الفخذان**

-افرد ساقيك وابعدهما بقدر ما تستطيع، افردهما حتى تلاحظ التوتر والآن استرخ.

-كرر التدريب 3 مرات- استراحة مدة 10 ثوان.

✓ **الساق والأقدام**

-بطن الساق، شد عضلات بطن الساق بأن تثني قدميك الى الأمام حتى تشعر بالشد والتوتر.

-اثني قدميك الى الخلف حتى تشعر وتلاحظ التوتر والآن استرخ.

-كرر التدريب 3 مرات- استراحة مدة 10 ثوان.

-جميل أنك قد تناولت قسطاً وافياً من الاسترخاء الآن سأعد تنازلياً من 5،4،3،2،1، وعندما أصل الى واحد ستفتح عيناك وتجلس بهدوء، عيناك مفتوحتان وأنت الآن بكامل يقظتك وبكامل نشاطك.

المجموعة الخامسة
اختلال الوظائف الجنسية
وكيفية علاجها



المجموعة الخامسة (1)

اختلال الوظائف الجنسية Sexual dysfunction

وهي عبارة عن ضعف او اختلال في الرغبة الجنسية والاثارة او النشوه.

اختلالات الذكور:

1. مستوى ضعيف من الرغبة الجنسية واهتمام متدن بالعملية الجنسية.
2. العجز الجنسي فشل او صعوبة في الانتصاب او الاستمرار فيه.
3. سرعة القذف يصل الى رعشة الجماع سريعا.
4. قذف متأخر عدم القدرة على الوصول الى النشوه داخل المهبل.
5. نقص القدرة على الاستمتاع الجنسي وهو نادر جدا وعادة ما يكون سببه جسمي.
6. نفور جنسي كأن يكره شخص أن يُلمس قضيبه او نفور من طريقة جماع معينة لذا فانه لا يستمتع بالعلاقة الجنسية مع الطرف الآخر.

اختلالات الاناث:

1. مستوى ضعيف من الرغبة الجنسية وهي من اكثر المشكلات عند الاناث.
2. غياب الاستجابية حيث تتأخر الاستثارة الفسيولوجية والتي تظهر من خلال البلل المهبلي.
3. عدم القدرة الى الوصول الى النشوه (الاشباع) والشكوى العامة هي النقص في الوصول الى رعشة الجماع مع الشريك على الرغم من امكانية تحقيقها من خلال الاستمناء.
4. انقباض مهبلي غير ارادي حيث يصبح الايلاج معها غير ممكن.
5. نقص القدرة على الاستمتاع الجنسي وهو في حالات الجماع المؤلم والمقترن بمشاكل عضوية.
6. النفور الجنسي كراهية بعض الجوانب الجنسية وكأن تكره إمرأة من لمس أحد أعضائها الجنسية.

هناك عوامل اخرى ذات علاقة بالاختلالات الجنسية والتي قد تساهم بشكل جوهري في المشكلة مثل:

- مشكلات بيولوجية عضوية فالمشكلات والاختلالات الجنسية قد تنتج بسبب بعض الامراض العضوية مثل مرض السكري، ادمان الكحول، استخدام بعض العقاقير والادوية، كبر السن والشيخوخة....الخ.
- الجهل ونقص المعلومات وغياب الثقافة الجنسية وان نقص هذه المعلومات بسبب ثقافة العيب لدى العديد من الثقافات يمكن ان تؤدي الى مخاوف من الجنس.
- التنشئة صرامة التنشئة والتي بدورها قد تشكل اتجاهات خاطئة نحو الجنس وان الجنس وظيفته التناسل والانجاب فقط ومن المعيب الحديث عن الاستمتاع في الجنس وان وجود مثل هذه الاتجاهات قد يجعل الامر مصدرا للصداع.
- القلق واقترانه بالاختلالات الجنسية فان أي فشل في انجاز جماع ناجح يولد مشاعر القلق وديمومته وقد يؤدي هذا الفشل الى قلق يتعلق بامكانية الفشل في المناسبات الاخرى.
- مشاكل في بناء العلاقة الناجحة ان الاختلالات الجنسية يمكن انْ تتطور في سياق علاقة زوجية ضعيفة.
- مشكلات نفسية او اضطرابات نفسية قد تكون سببا في الاختلالات الجنسية.

استمارة فحص اولية
بيانات أولية

الاسم: تاريخ المراجعة:

العمر: الجنس:

المهنة: الحالة الاجتماعية:

الدخل (   ) السكن (   )

---

1. تاريخ المشكلة: بدايتها
2. النشاط الجنسي الحالي: زواج شرعي
زواج عرفي
ممارسة غير شرعية
اخرى
3. طبيعة المشكلة ____________________
____
____
الانتصاب بالصباح الباكر ☐ موجود ☐ غير موجود
4. مشكلات او امراض بيولوجية
5. معلومات الشخص الجنسية (معتقداته واتجاهاته)
____
____
6. تفضيلات الشخص وخيالاته الجنسية.
7. التاريخ الجنسي للمريض، الخبرات المبكرة ذات العلاقة بالمشكلة.
8. علاقة المشكلة بالدورة الشهرية.
9. اية اضطرابات هرمونية.
10. موانع الحمل، الاتجاهات نحو رمضان.
11. العلاقة الزوجية.
12. العلاجات والادوية التي يتناولها المريض ____________________

ادوات التشخيص:

أولا: المقابلة الفردية فالمقابلة الفردية هامة جدا للحصول على مشاعر كل طرف اتجاه الطرف الآخر ويوفر لكل منهما التصريح بالمعلومات

ثانيا: المقابلة الزوجية مقابلة الزوجين معا، فبناء العلاقة يتطلب مقابلة الزوجين معا.

ثالثا: الفحص البيولوجي العضوي ان اجراء الفحوص الطبية ضرورية للتأكد من ان الاختلالات الجنسية ليست لها اسباب عضوية او اختلالات هرمونية او اضطرابات غدية او امراض مسببة للاختلالات.

رابعا: مقاييس واختبارات التوافق الزواجي

- مقياس لوك – والس للتوافق الزواجي (Lock and Wallace, 59)
- مقياس سبانير للتوافق الثنائي (Spanier, 76)

ويمكن الاستعانة باختبار بيك للاكتئاب لكشف العلاقة بين الاختلالات الجنسية والاكتئاب.

خامساً: مقاييس التقدير الذاتي وهي سهلة التصميم يتم تدريجها من صفر – 100. ويستطيع المريض استخدامها بنفسه لقياس القلق في الجنس، الرغبة الجنسية...الخ.

سادساً: مقاييس فسيولوجية لقياس الوظائف الجنسية

- مقياس الامتلاء القضيبي
- رسام الامتلاء الدموي التصويري

وهذه المقاييس إكلينيكية تستخدم من قبل الاطباء للتمييز بين العجز النفسي المنشأ وحالات العجز ذات الاسباب العضوية.

علاج الاختلالات الجنسية

اولا: العلاج النفسي (السيكوديناميي) منطلقا من فرضية ان المشكلة اسبابها خبرات مكبوتة لا إراديا في اللاشعور منذ القدم بالطفولة وهي مرتبطة بالمرحلة الأوديبيه وان العلاج يقوم على اساس مساعدة المريض على الكشف عن هذه الخبرات

المكبوتة بواسطة جلسات التحليل النفسي في العيادة الإكلينيكية ومساعدته على تذكرها واخراجها الى الوعي.

ثانيا: العلاج الهرموني

بالنسبة للذكور ومن لديهم مستوى منخفض من التيستوستيرون يتم تزويدهم بجرعات من هذا الهرمون يزيد الرغبة الجنسية لديهم والاناث ممن لديهن نقص في الاوستيرجون فان تزويدهن بهذا الهرمون يكون مفيدا جدا في بعث وزيادة الرغبة الجنسية ويجب ان تعطى هذه الهرمونات تحت اشراف طبي أي بعد اجراء الفحوص الطبية وقياس مستويات هذه الهرمونات لدى المريض.

ثالثا: الطرق الجراحية حيث تستدعي الجراحة بالنسبة لغشاء البكارة الصلب او الخشن الذي يسبب الألم أثناء الجماع اما بالنسبة للرجال ومن يعانون من مشاكل الانتصاب التي ترجع لاسباب عضوية يمكن استخدام الجراحة لاستخدام قضيب تعويضي وهذه الجراحات تستخدم من قبل اطباء متخصصين.

رابعا: المعينات الميكانيكية لعلاج الاختلالات الجنسية مثل الحلقات المطاطية التي تساعد على استمرار الانتصاب، استخدام الجهاز الهزاز كأداة معينة في علاج الاختلالات الجنسية لدى كل من الذكور الاناث وان هذه الاجهزة وهذه المعينات منتشرة بالصيدليات والمراكز الطبية.

خامساً: الحقن والحبوب المساعدة على الانتصاب وعلى طول فترة الانتصاب وهذه اثبتت فعاليتها ولكن يجب الحصول على الاستشارة الطبية المناسبة قبل استخدامها.

سادساً: العلاج السلوكي:

- خفض القلق المرتبط بالاختلالات الجنسية من خلال تقليل الحساسية التدريجي وبعد بناء هرم القلق.
- الاسترخاء التدريب سلوكيا على الاسترخاء
- التركيز الذاتي

- الاستثارة الذاتية التدريجية
- التدريب على التخيلات الجنسية
- التدريب على تطوير مهارات تواصل جنسية
- الانتقال التدريجي من التفاعل الجنسي الاقل الى التفاعل الحميم

سابعاً: العلاج المعرفي

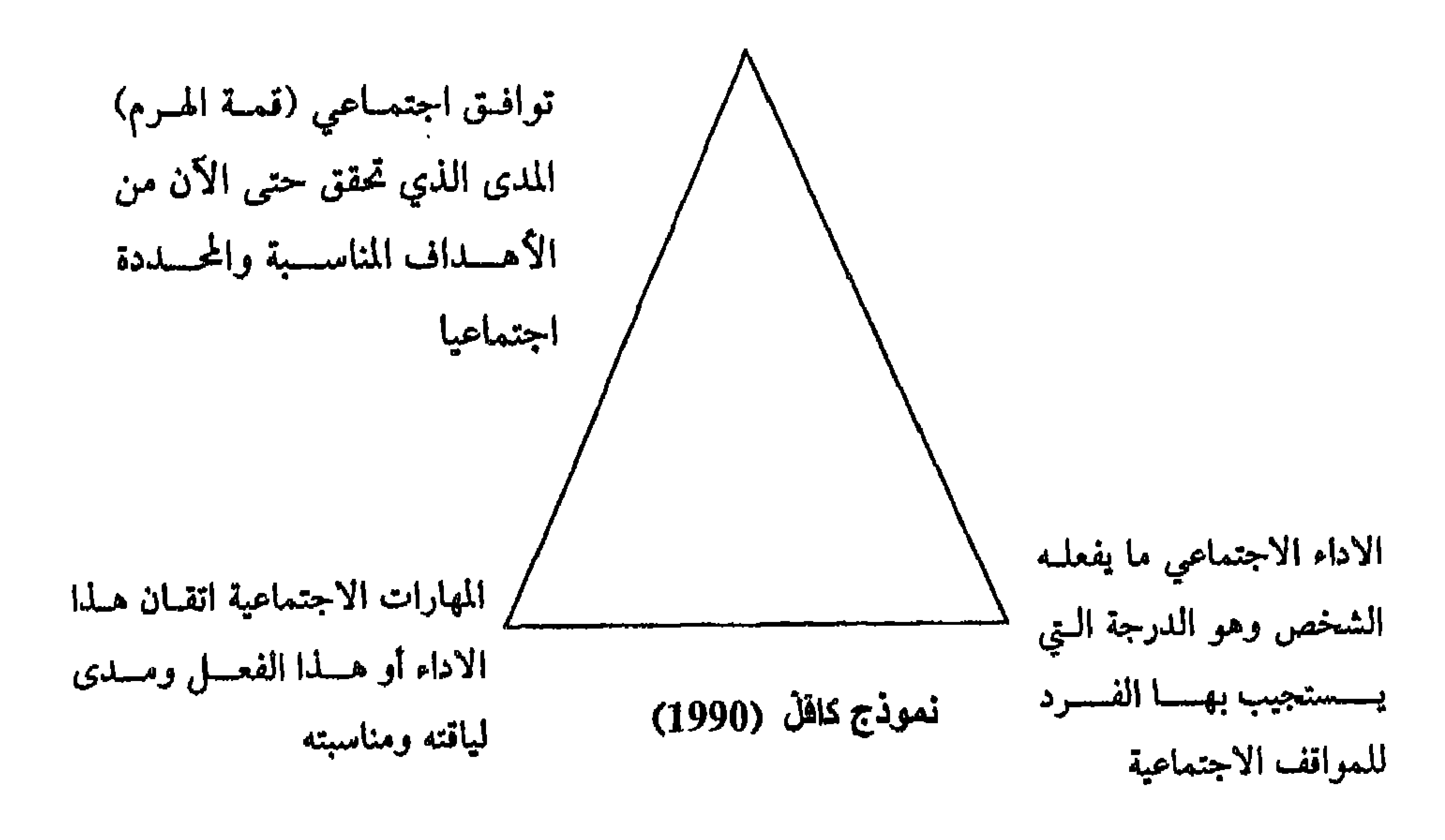
- التدريب على التخيلات الجنسية
- مهارات تركيز الانتباه
- اعادة تشكيل البنى المعرفية الخاصة بثقافة العيب بخصوص الاختلالات الجنسية.
- تحديد الافكار غير المنطقية وغير العقلانية والسلبية وتغييرها.

خلاصة اضطرابات الاختلالات الجنسية

الاضطراب	الاعراض	اساليب الحياة
الاختلالات الجنسية	- العجز الجنسي - ضعف الرغبة الجنسي - القذف المبكر - ضعف الانتصاب - قذف متأخر - نفور جنسي - نقص القدرة على الاستمتاع - غياب الاستجابية - عدم القدرة للوصول للنشوة او الاشباع	1.العلاج النفسي (السيكوديناميي) تشجيع المريض على العودة الى خبرات الطفولة والمريره واسترجاع المكبوتات اللاإرادية الموجودة في اللاشعور. 2.العلاج الهرموني - توستيرون للذكور - استيرجون للاناث 3.الطرق الجراحية الذي يحددها الطبيب. 4.المعينات الميكانيكية - الحلقات المطاطية - جهاز الهزاز (الزنان) 5.الحقن والحبوب المساعدة. 6.العلاج السلوكي - خفض القلق - الاسترخاء - التدريب على تطوير مهارات التواصل الجنسي - التدريب على التخيلات الجنسية - الاستثارة الذاتية التدريجية 7.العلاج المعرفي - اعادة تشكيل البنى المعرفية - دحض الافكار السلبية - تعديل الافكار اللاعقلانية

اضطرابات ومشكلات التفاعل الاجتماعي

ان قدرة الشخص على التواصل والتفاعل مع الآخرين بطريقة ناجحة تعتبر انجازاً ونجاحاً وان الفشل في التفاعل الناجح له اثار سلبية على حياة الفرد وعلى تكيفه وتوافقه الاجتماعي. فالكفاءة الاجتماعية لها مكونات ثلاث:



نموذج كافل (1990)

كيفية تقييم الاداء الاجتماعي

ستعرض لنموذج عملي لتقييم مشكلات التفاعل على اربعة مستويات وهي:

المستوى	المضمون	مواضيع التقييم
1. الاول	النتائج بعيدة المدى	العلاقات في المجالات الخاصة بالزواج، الاسرة، العمل، الصداقة – التقييم قد يكون ذاتي من الشخص لنفسه – التقييم قد يكون من الآخرين
2. الثاني	النتائج الاجتماعية قصير المدى	التأثير المباشر الناتج عن التفاعل الاجتماعي، كما يقيمه الشخص بنفسه او كما يقيمه الآخرون مثل نجاحه في الحصول على وظيفة من خلال مقابلة شخصية
3. الثالث	السلوك الاجتماعي الصريح	– استخدام المهارات الدقيقة مثل: التواصل البصري والتعابير الخاصة بالجسد والوجه – استخدام المهارات الكبرى مثل رفضه طلب غير مقبول، المبادرة بمناقشة موضوع، اطراء شخص
5. الرابع	المهارات والعمليات الاجتماعية – المعرفية	– الادراك الاجتماعي، المهارات الاجتماعية، التفسير الصحيح للمعلومات الواردة – مهارات حل المشكلات، ملاحظة الذات – الافكار غير العقلانية، الافكار السلبية، الاتجاهات والمعتقدات – مراقبة الذات ملاحظة نتائج افعالك الشخصية

امثلة على مشكلات التفاعل الاجتماعي

- إمرأة راجعت العيادة تعاني من سلوكات تجنبية للكثير من المواقف الاجتماعية، تناول الطعام في المطاعم، المشاركة في الاحتفالات العامة، المشاركة في حفلات الاعراس، دعوة طعام من الاقارب وفي حالة دعوتها الى حفل او الى طعام انني مشغولة ولا استطيع الذهاب، ولا أعرف احدا في الحفل ومع من سأتكلم وكانت حلولها تميل الى الكف نتيجة لافكارها ومعتقداتها السلبية.
- موظف لديه حدية في التعامل مع رؤسائه في العمل، عصبي المزاج في التعامل معهم وذلك لوجود الاتجاهات السلبية لديه اتجاه السلطة بشكل عام ويدعي انه ليس لأحد من المسؤولين حق نقده او طلب شيء منه وكان عدوانيا اتجاه أي من المسؤولين وكان هذا عائدا الى المعتقدات والأفكار غير العقلانية.

العوامل التي تؤثر على مشكلات التفاعل الاجتماعي قد تعود الى عوامل متعلقة بالفرد او عوامل متعلقة بالبيئة والآخرين كما هو موضح بالجدول التالي:

عوامل تتعلق بالفرد	عوامل تتعلق بالبيئة والآخرين
1. خصائص وسمات شخصية	1. توافقات بيئية
– اعاقات بدنية	– ما قبل السلوك وما يتبعه
– عمر	2. خصائص الآخرين أثناء التفاعل
– جنس	– الجنس، الثقافة، المركز، الطبقة الاجتماعية
– ثقافة	
– ترتيب الملبس	– الاهداف
– تعليم ومستوى تعليمي	– استجابة الفرد
2. سوء التوافق المعرفي	3. خصائص الحكم على السلوك
– الكفاءة المعرفية	– الخصائص الفردية
– التحكم في الانفعالات	– العمر، الجنس، المركز
– ضبط سلوكه	– التوقعات، والقيم
– معتقدات واتجاهات	– المعتقدات والاتجاهات

- دوافع - اهداف - قيم - مفهوم الذات - تقدير الذات 3. مهارات معرفية اجتماعية - الادراك الاجتماعي، معرفة القواعد الاجتماعية، التفسير الصحيح للمعلومات الواردة - مهارات حل المشكلات، تحديد المشكلة، تحديد الاهداف، توليد الأفكار والبدائل، وزن البدائل، اتخاذ القرار - مراقبة الذات لاحظ نتائج افعالك الشخصية 4. مهارات سلوكية اجتماعية - مهارات لفظية - ومهارات غير لفظية	4. خصائص الموقف والوضع الاجتماعي - تحليل المهمه - طبيعة المهمة 5. المحددات الاجتماعية – الثقافية - توقعات المجتمع - ثقافة المجتمع - معايير الجماعة التي ينتمي لها الفرد 6. الصلات الاجتماعية وشبكة العلاقات - الصلات الاجتماعية - وشبكة العلاقات - الفرد وتفاعله مع الآخرين

ادوات قياس السلوك وطرق التقييم:

اولا: مقابلة الفرد نفسه للحصول على البيانات المتعلقة به وبعلاقاته من خلال المقابلات الإكلينيكية بالاضافة الى البيانات الأولية عن الشخص وخصائصه الشخصية.

ثانيا: مقابلة المحيطين به والمهمين في حياته مثل الزوج او الصديق او الاب او الام للحصول على البيانات والمعلومات حول اهتمامات وعلاقات الشخص.

ثالثا: الملاحظة – ملاحظة سلوك الشخص في العيادة ملاحظة حركاته، لغة الجسد لديه، رجليه، يديه، عيونه.

رابعا: الاستبيانات التي تعطى له لملئ البيانات اللازمة.

خامسا: قوائم الاختبار التي تظهر وتركز على اهتمامات الشخص وطرق تعامله.

سادسا: المذكرات اليومية استخدام المفكرة اليومية تساعد في عمليات التقييم وهي مهمة لتوضيح طبيعة المشكلة والكشف عن العوامل المسببة كما انها توفر المعلومات المرتبطة بالنجاح والفشل وفي المواقف المختلفة.

سابعا: اساليب التقدير الذاتي وهي من افضل المقاييس المستخدمة في قياس الكفاءة الاجتماعية، فالشخص نفسه هو مصدر البيانات لانه حاضر اثناء تفاعلاته الاجتماعية.

ثامنا: الاختبارات والمقاييس المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي مثل اختبارات قياس القلق الاجتماعي، اختبارات قياس الاتجاهات وسوء التوافق، مقياس القلق الاجتماعي المرتبط بالتفاعلات الجنسية، اختبارات توكيد الذات اختبار المعتقدات والافكار اللاعقلانية، مقياس حل المشكلات.

علاج مشكلات التفاعل

أولا: التدريب على المهارات الاجتماعية

حيث طورت برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لإكساب مهارات اجتماعية معينة للذين يعانون من عدم قدرة على التفاعل الاجتماعي وتتضمن هذه التدريبات المهارات الصغرى مثل التواصل البصري، الحوار، نبرة الصوت المناسبة، والمهارات الكبرى مثل تدعيم شخص، تقديم التعزيز او المديح، رفض طلب، تقديم شكوى او مظلمة.

مثال لبرنامج تدريب جمعي في النمذجة والمهارات الاجتماعية والذي قد يساعد في خفض العنف المدرسي لعدم وجود مهارات التفاعل الاجتماعي لدى طلاب المدارس، وهو عبارة عن عشرة جلسات جمعية تدريبية ينم فيها التدريب على المهارات الاجتماعية الصغرى والكبرى من خلال التعليمات، مناقشة المواقف، الحوار، لعب الادوار، تقديم النماذج الايجابية في التعامل مع المشكلات.

وقد استخدمت اساليب متنوعة ومختلفة للنمذجة، نماذج حية، عروض فيديو وبعد ملاحظة المتدربين لاداء النموذج يقومون بممارسة المهارة المستخدمة من خلال لعب الادوار كما كان يقدم للمتدربين بمدعمات ومعززات معنوية ومادية بعد انجاز كل مهمة وفي ختام كل جلسة كان يطلب واجبات منزلية وهي عبارة عن ممارسة للمهارات التي يتم تعلمها في الجلسات.

ثانيا: التدريب على الاسترخاء.

ثالثا: التدريب على برنامج توكيد الذات وتدعيمها وتعزيز مراكز القوة فيها.

رابعا: اعادة تشكيل البنى المعرفية وتصحيح الأفكار السلبية والخاصة والأفكار اللاعقلانية.

خامسا: التدريب على مهارات حل المشكلات

- الشعور بالمشكلة.
- تحديد المشكلة.

- تحديد الخيارات والبدائل.
- وزن وتقدير كل خيار وبديل.
- اتخاذ القرار

خامسا: كيفية التحكم في المشاعر وفي خفض القلق ومن اكثر الطرق المستخدمة في التعامل مع خفض القلق هو التدريب على الاسترخاء ومن خلال تحديد هرم القلق ثم التدرج بالتعرض للمواقف المثيرة للقلق.

خلاصة:

ان التدريب على المهارات الاجتماعية يمكن ان تحقق نتائج ايجابية وناجحة في علاج اصحاب المخاوف الاجتماعية، كما يساعد في علاج القلق والخجل الاجتماعي وفي علاج حالات الاكتئاب والفصام كما يمكن ان تقدم للمتخلفين عقليا تدريبا ومرانا واكسابهم مهارات اجتماعية لزيادة قدرتهم على التعامل مع المشكلات الاجتماعية، كما ان التدريب على المهارات الاجتماعية يساهم في خفض العنف المجتمعي وفي المدارس والجامعات والكليات والفئات المجتمعيه الاخرى ان رفعنا شعاراً المهارات الاجتماعية للجميع، وبرامج التدريب على المهارات الاجتماعية هي لكافة فئات المجتمع.

برنامج النمذجة والتدريب على المهارات الاجتماعية لخفض العنف المدرسي

الأهداف العامة

- أن يتعرف الطلاب على أشكال العنف في المرحلة الثانوية.
- أن يتعرف الطلاب على طبيعة مرحلة المراهقة والتغيرات المصاحبة لها.
- أن يتعرف الطلاب على سلبيات سلوك العنف في هذه المرحلة.
- أن يتدرب الطلاب على المهارات والأساليب الفعالة للتعامل مع المشكلات من خلال النموذج.
- أن يتدرب الطلاب على مهارات خفض التوتر وتحسين مستوى التكيف مع أحداث يومهم الدراسي من خلال النموذج.
- أن يتدرب الطلاب على مهارات حل المشكلات من خلال العملية وإيجاد طرق بعيدة عن العنف في حل الصراعات والنزاعات.
- أن يعمل البرنامجين على إكساب الطلاب مهارات تساهم في خفض سلوكيات العنف لديهم.

طرق تنفيذ البرنامج

سيقوم الباحث بتنفيذ البرنامج من خلال:

1. طريقة النموذج الحي: يتم فيها تأدية سلوكيات مستهدفة أمام المجموعة التجريبية حيث تقوم المجموعة التجريبية بمراقبة النموذج خلال تأديته لهذه السلوكيات وستقوم المجموعة بعد ذلك بالحوار بين المجموعة والنموذج لشرح وتوضيح ما يبدو غامضاً.
2. طريقة النموذج المصور: أي يتم عرض النموذج من خلال أفلام أو شرائح أو صور أو رسومات أو مواقف تمثيلية درامية هادفة مسجلة على أشرطة فيديو تبين حل الصراعات من خلال الحوار وبعيد عن استخدام العنف.
3. طريقة النمذجة من خلال المشاركة من خلال مراقبة النموذج زمن ثم استخدام لعب الدور أي تأدية الأدوار التي يقوم بها النموذج.
4. طريقة التدريب على مهارات واستراتيجيات حل المشكلات الاجتماعية.

ملحق رقم (1)
برنامج قائم على التعلم بالنمذجة
الجلسة الأولى

أهداف الجلسة

- الترحيب بالأعضاء وتعارف أعضاء المجموعة بعضهم على بعض ثم بالمرشد.
- التعريف بالبرنامج الإرشادي من حيث أهدافه وزمانه ومكانه.
- تحديد أسس ومعايير العمل بالمجموعة الإرشادية.
- تلخيص الجلسة وتوقعات الأعضاء.

الهدف (1) (25) دقيقة

- الترحيب بالأعضاء وتعارف أعضاء المجموعة بعضهم على بعض ثم بالمرشد.

الإجراءات:

- يستقبل المرشد أفراد المجموعة الإرشادية في القائمة التي تم تنظيمها وإعدادها وتجهيزها بالطاولات والكراسي حيث رتبت بشكل دائري ليتمكن أعضاء المجموعة من مواجهة بعضهم.
- يرحب المرشد بجميع الأعضاء المشاركين ويشكرهم على حضورهم ويقدم نفسه، ويوضح طبيعة عمله كما يطلب المرشد من أعضاء المجموعة الإرشادية تقديم أنفسهم من خلال عرض معلومات عن الهوية الشخصية (الاسم، الصف، الهوايات، النشاطات) مشيراً بيده لمن يجلس عن يمينه، ثم الذي يليه حتى أخر عضو في المجموعة.

الهدف (2) (25) دقيقة

- التعريف بالبرنامج الإرشادي.

الإجراءات:

- يوضح المرشد للأعضاء هدف البرنامج الحالي وهو تعلم أساليب ومهارات في التعامل مع النزاعات والصراعات والتعامل مع مواقف الضغط بصورة فعالة،

من خلال عرض نماذج حية أو مصورة وذلك بهدف خفض العنف المدرسي من خلال اللقاءات أو الجلسات مع هذه المجموعة حيث يواجهون مشكلات وهموم وصعوبات متشابهة ومشتركة.

- يوضح المرشد أن الهدف الأساسي من البرنامج هو خفض سلوكيات العنف من خلال العديد من الاستراتيجيات التي ستعرض في الجلسات.
- استراتيجيات عرض نماذج حية توضح كيفية التعامل مع الصراعات وحل المشكلات.
- استراتيجيات عرض نماذج مصورة أو متلفزة توضح كيفية التعامل مع الضغوط بعيداً عن استعمال العنف.

ويوضح المرشد أن البرنامج سيتكون من عشرة جلسات مدة كل جلسة 90 دقيقة، وستعقد هذه الجلسات بواقع جلستين أسبوعياً في المكان الذي سيتفق عليه مع أعضاء المجموعة.

الهدف (3) (25) دقيقة

- التعرف بأسس ومعايير العمل بالمجموعة الإرشادية.

الإجراءات:

- يوضح المرشد لأعضاء المجموعة الإرشادية الأسس والمعايير التي ستحكم عمل المجموعة، كالالتزام بالوقت المحدد للجلسات والتأكيد على السرية التامة للمعلومات التي تعرف من قبل أي عضو من أعضاء الجماعة، ولا يجوز التحدث أو عرض هذه المعلومات خارج إطار الجلسات ولغير أعضاء المجموعة، فمبدأ السرية من المبادئ التي يجب التأكيد عليه.

ومن العوامل الهامة هو المواظبة وحضور، وذلك لارتباط كل جلسة بالتي تليها، والاحترام المتبادل بين أعضاء الجماعة، والالتزام بآداب الحوار والإصغاء للآخر، وعدم استخدام الألفاظ التي قد تجرح مشاعر الزملاء أو تعرضهم للإحراج.

الهدف (4) (15) دقيقة

- تلخيص ما تم في الجلسة وتحديد توقعات الأعضاء

الإجراءات:

يقوم المرشد بتوزيع نموذج يتضمن بندين:

البند الأول: بخصوص ما تم الاتفاق عليه في الجلسة، ويتم تحديد ذلك بصورة نقاط كالتالي: تم الاتفاق في الجلسة على النقاط التالية:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

البند الثاني: بخصوص توقعات الأعضاء المشاركين، ويتم تحديدها بصورة نقاط، كالتالي:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

الجلسة الثانية

تهدف الجلسة إلى تعريف الأعضاء على معنى السلوك، معنى العنف، أشكال سلوك العنف. (من خلال النموذج الحي، تمثيل السلوك من أحد الأقران).

أهداف الجلسة الثانية:

- مناقشة توقعات الأعضاء المشاركين من الجلسة السابقة.
- أن يتعرف الأعضاء على معنى العنف.
- أن يتعرف الأعضاء على أشكال سلوك العنف.
- واجب بيتي. (أمثلة عن أشكال العنف المختلفة)، تلخيص الجلسة والانهاء.

الهدف (1) (15) دقيقة

- **مناقشة توقعات الأعضاء.**

الاجراءات:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على التزامهم بالحضور ثم يناقش أعضاء المجموعة الإرشادية حول ما يتوقعون من خلال اشتراكهم بهذا البرنامج واستعراض ما كتبه الأعضاء حول توقعات كل منهم.

الهدف (2) (20) دقيقة

الاجراءات:

- أن يتعرف الأعضاء على معنى السلوك (مدعمة بالصور).

يطرح المرشد سؤالاً على المجموعة "ما المقصود بالسلوك" ثم يتلقى الإجابات من أعضاء المجموعة، ويتم تدوينها على السبورة، ويعرف المرشد تعريفاً عملياً للسلوك مطبوع، ويوزع على المجموعة "السلوك يشمل نشاط الإنسان في تعامله مع بيئته وعناصرها تعديلاً لها حتى يحقق لنفسه أكبر قدر من التوافق معها، ويشمل ما هو ظاهر كتناول الطعام والشراب والمشي والاعتداء والضرب... الخ، كما يتضمن ما هو غير ظاهر كالتفكير والتخيل والتذكر والمخاوف والعواطف....". (فرح عبدالقادر طه، 1993)

ثم يطرح المرشد أمثلة على السلوكيات المختلفة (ممثلة من خلال النموذج الحي والمصور بفلم فيديو) وربطها بالبيئة المدرسية، ويطلب بعد ذلك من أعضاء المجموعة أمثلة من واقع بيئتهم المدرسية والمنزلية.

"النموذج الحي، أحد الأقران يمثل سلوكا دالا على التعريف"، مشهد تمثيلي للنموذج دال على سلوكيات مختلفة، سلوكيات دالة على لعبة للكرة، سلوكيات دالة على الدراسة، سلوكيات دالة على أنه يتناول طعام، سلوكيات دالة على أنه يعبث بالمقعد.

الهدف (3) (20) دقيقة

الإجراءات:

- أن يتعرف الأعضاء على معنى العنف.

يقدم نموذج من أحد الأقران يمارس سلوكيات حية معبرة عن العنف، ثم تناقش المجموعة

"ما المقصود بالعنف؟"

ثم يتلقى الإجابات من أعضاء المجموعة، ويتم تدوينها على السبورة، ويعرف المرشد العنف تعريفا علميا مطبوعا يوزعه على المجموعة: "العنف هو سلوك الفرد البدني واللفظي الذي يتسم بالتطرف والعدوان الصريح والمباشر، وذلك بهدف إلحاق الأذى بدنياً ونفسياً بالآخرين".

(منال أحمد عاشور، 1993، ص 23).

"العنف هو كل فعل ظاهر أو مستتر مباشر أو غير مباشر، مادي أو معنوي موجه لإلحاق الأذى بالذات أو بآخر أو جماعة أو ملكية أو أي واحد منهم، هذا في ظل ثقافة واحدة ومعايير وقيمة تخضع للمجتمع الذي نعيش فيه".

(محمد خضر عبد المختار، 1992، ص 15).

ثم يطرح المرشد أمثلة على السلوكات الدالة على العنف، ويطلب بعد ذلك من أعضاء المجموعة أمثلة من واقع البيئة المدرسية على السلوكات الدالة على العنف (المادي والنفسي) (مدعمة بالصور).

الهدف (4) (20) دقيقة

الاجراءات:

- يمثل النموذج الحي (أحد الأقران) سلوكات دالة على العنف من واقع البيئة المدرسية كتخريب لأحد المقاعد والكتابة عليه، يمثل سلوك إيذاء لأحد زملائه بالضرب والسب والشتم.
- أن يتعرف الأعضاء على أشكال سلوك العنف من خلال عرض النموذج الحي والنماذج المصورة.
- يطرح المرشد سؤالاً على المجموعة الإرشادية بهدف استعراض سلوكات العنف في المدرسة لاستنتاج أشكال سلوك العنف.
- ما هي سلوكات العنف في المدرسة؟ في المدرسة؟

وبعد استعراض سلوكات العنف التي يذكرها الطلاب من واقع البيئة المدرسية ومن واقع الأحداث المدرسية اليومية يتم تصنيف السلوكات إلى:

1. عنف جسدي أو مادي... أمثلة دالة عليه (سلوكات ضرب واعتداء.. الخ).
2. عنف نفسي... أمثلة دالة عليه (سلوكات توبيخ وسب وشتم وإهانة).
3. استغلال جنس... أمثلة دالة عليه (اعتداءات جنسية أو ملامسة أو تلصص.. الخ).

الهدف (5) (15) دقيقة

واجب منزلي:

- اذكر ثلاثة أمثلة عن شكل من أشكال سلوك العنف بين طلابنا في المدرسة الثانوية.

تلخيص الجلسة والانهاء

- يقوم المرشد بتلخيص ما جرى خلال الجلسة، وإنهاء الجلسة الإرشادية.

الجلسة الثالثة

تهدف هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء إلى معنى الالتزام والمسؤولية والتمييز بين السلوك الإيجابي المرغوب فيه والسلوك السلبي ونتائجه على الفرد بشكل خاص والزملاء والمجتمع المدرسي بشكل عام (من خلال النموذج الحي).

أهداف الجلسة الثالثة:

- مناقشة الواجب البيتي
- أن يتعرف الأعضاء على المقصود بالمسؤولية.
- أن يميز الأعضاء بين السلوك الإيجابي والسلوك السلبي.
- أن يتعرف الأعضاء على نتائج السلوك السلبي على الفرد والزملاء والمجتمع المدرسي من خلال فيلم فيديو.
- تلخيص الجلسة من قبل المرشد، وواجب بيتي.

الهدف (1) (15) دقيقة

الاجراءات:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على التزامهم بالحضور في الموعد المحدد ومناقشة الواجب البيتي وفتح المجال أمام جميع الأعضاء على استعراض الأمثلة المختلفة عل أشكال العنف وصولا إلى التصنيف العام (جسدي، نفسي، جنسي) وتشجيع الأعضاء على الدخول في حوار حول الأمثلة المثارة.

الهدف (2) (20) دقيقة

الاجراءات:

- أن يتعرف الأعضاء على المقصود بالمسؤولية وتقديم تعريف ميسر لمفهوم المسؤولية ومناقشتهم المسؤولية هي اشباع الفرد لحاجاته بأسلوب وبطريقة لا تحرم الآخرين من إشباع حاجاتهم كما تشمل المسؤولية ومحاسبة الفرد على سلوكاته وتحمله نتائج قراراته، مناقشة التعريف وطرح ونماذج حية، ومصورة ومناقشتها.

مثال نموذج حي: (ليث طالب في المدرسة، يدرس بمعدل ست ساعات يومياً، مشارك، محاور بالحصة، ملتزم.. وفي نهاية الفصل الأول حصل على معدل 94٪)، (أين المسؤولية.. ماذا حقق من إشباع للحاجات؟).

مثال نموذج حي من الأقران: (موسى يحترم النظام، يحب الأعمال التطوعية، قيادي، مشارك في المجلس الطلابي، يبادر لحل النزاعات والصراعات بين الطلاب بالإصلاح، وفي نهاية العام حصل على ممتاز في شهادة حسن السلوك. (أين المسؤولية.. ماذا حقق من إشباع للحاجات؟).

مناقشة الأمثلة وطرح أمثلة أخرى واستعراض نماذج حية من الأقران توضح المسؤولية، مسؤولية الفرد عن تصرفاته وقراراته وإشباع حاجاته دون الاعتداء على حاجات الآخرين.

الهدف (3) (20) دقيقة

الاجراءات:

أن يميز الأعضاء بين السلوك الإيجابي والسلوك السلبي من خلال النموذج المصور.

الإجراءات:

- يوضح المرشد للأعضاء بأننا يومياً نقوم بالعشرات بل المئات من السلوكات ونحن نتحمل المسؤولية الكاملة عن سلوكاتنا ومنها ما هو صحيح ومرغوب به، ويعود علينا وعلى محيطنا بنتائج إيجابية، ومنها ما هو سلبي، حيث يعود علينا وعلى محيطنا بنتائج سلبية، وقد تكون مدمرة أحياناً، ويتم استعراض مجموعات من السلوكات الإيجابية، مجموعات من السلوكات السلبية التي يتم ممارستها عادة من قبل طلاب المدرسة.

سلوكات إيجابية على الفرد – مدح الذات وإبراز النقاط الإيجابية. – احترام الذات. – تعزيز الذات من خلال المشاركة بما يحب وما يرغب.	**سلوكات سلبية على الفرد:** – ضرب الذات بآلة حادة. – لعن وشتم الذات. – الرسم والكتابة على الوجه.
سلوكات إيجابية نحو الآخرين: – شكر زميل. – مساعدة زميل وحل تمرين معقد. – إصلاح بين متخاصمين. – مساعدة زميل اقتصادياً.	**سلوكات سلبية موجهة نحو الآخرين:** – سب الزملاء. – ضرب الزملاء. – التهكم على الزملاء والسخرية منهم. – سرقة زميل.
سلوكات إيجابية نحو الممتلكات: – زراعة شجرة. – دهان جدران المدرسة. – تنظيف الصف.	**سلوكات سلبية موجهة الممتلكات:** – إتلاف المقاعد. – تخريب مرافق الحمامات. – سرقة كتب المكتبة المدرسية. – اتلاف أشجار الحديقة المدرسية.

الهدف (4) (20) دقيقة

أن يتعرف الأعضاء على نتائج السلوك السلبي على الفرد والزملاء والمجتمع المدرسي من خلال مشاهدتهم لفيلم فيديو ومن ثم مناقشة هذا الفيلم بين الأعضاء.

الهدف (5) (15) دقيقة

واجب منزلي:

- تحدث عن أمثلة حية (نتائج لسلوكيات سلبية) وقعت لك أو لزملائك أو للمجتمع المدرسي التلخيص والإنهاء.
- يقوم المرشد بتلخيص ما جرى خلال الجلسة، وإنهاء الجلسة الإرشادية.

المجموعة الخامسة (2)

الجلسة الرابعة

تهدف هذه الجلسة إلى تدريب الأعضاء على مهارات ضبط الذات "من خلال النموذج الحي".

أهداف الجلسة

- تهيئة الأعضاء للجلسة والترحيب بهم.
- مناقشة الواجب البيتي.
- أن يعترف الأعضاء على أهمية مهارة الذات في الحياة المدرسية.
- واجب بيتي ثم تلخيص الجلسة والإنهاء.

الهدف (1) (20) دقيقة

- تهيئة الأعضاء للجلسة.

الإجراءات:

- يقوم المرشد بالترحيب بالأعضاء وشكرهم على التزامهم بالحضور في الموعد المحدد.

الهدف (2) (20) دقيقة

- مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

مناقشة الواجب البيتي وفتح المجال أمام جميع الأعضاء على استعراض الأمثلة المختلفة على النتائج السلبية لسلوك العنف وتشجيع الأعضاء للدخول في حوار حول الأمثلة المثارة.

الهدف (3) (25) دقيقة

- أن يتعرف الأعضاء على أهمية مهارة ضبط الذات في الحياة المدرسية.
- أن يقوم الأعضاء بالتدريب على مهارة ضبط الذات من خلال النموذج.

الإجراءات:

- يقوم المرشد بعرض تعريف لمهارة ضبط الذات، وهي:

"العملية التي من خلالها يتعرف الفرد على العوامل الأساسية التي توجه وتقود وتنظم سلوكه، والتي تؤدي في النهاية إلى نتائج معينة، فضبط الذات هو السلوك الذي يتيح للفرد أن يتحمل مسؤولية أفعاله لأنه يتحكم في الأحداث الداخلية والأحداث الخارجية، والفرد يقوم بهذا السلوك حتى يحقق أهدافه التي وضعها لنفسه". هذه المهارة يمكن تعلمها وإتقانها بالممارسة والمران والتدريب، ونموذج كانفر **Kanfer** في ضبط الذات يوضح ذلك، حيث تقسم العملية إلى ثلاث مراحل:

أولاً: المراقبة الذاتية أو الملاحظة الذاتية وهو الانتباه الواعي والدقيق للسلوك الذاتي وجمع معلومات حول الأساليب التي توجه سلوكه خاصة السلوك الذي يرغب بتعديله.

ثانياً: التقييم الذاتي ويقارن الفرد في هذه المرحلة بين السلوك الذي قام به وبين المعايير والأهداف التي وضعها لنفسه.

ثالثاً: تعزيز الذات، ويعزز الفرد ذاته إذا حقق الأهداف التي وضعها لنفسه.

مراقبة ذاتية	تقويم ذاتى	تعزيز ذاتى

أسلوب الضبط الذاتي
Kanfer (1980)

يوزع المرشد نموذج **Kanfer** التفصيلي لضبط الذات على الأعضاء ويطلب من أحد الأفراد (النموذج) نمذجة المهارة أمام المجموعة، كالتالي:

- يطلب النموذج من أحد زملائه القيام بسلوك يثير الانفعال والعنف.
- يستجيب النموذج ويفقد أعصابه ويتهجم على زميله لفظياً.
- يوضح النموذج لزملائه أسباب فقدانه لأعصابه وتصرفه بهذه الصورة.

- يوضح النموذج للأعضاء أن بإمكانه ضبط أعصابه لو صبر وانتظر قليلاً، وأصغى لزميله حتى النهاية، واستوعبه وقام بالتدرب على الاسترخاء.
- مناقشة خطوات ضبط الذات حسب نموذج كانفر.

نمذجة حية لمهارة ضبط الذات: مشهد تمثيلي من الأقران لنموذجين من الشباب رغبا في نهاية العام المشاركة في مباراة لكرة القدم، علما بأنهما على أبواب الاختبارات النهائية.

- مازن كان متفوقا في دروسه ولكنه تراجع تراجعا كبيرا بحجة المشاركة في مباراة كرة القدم بشكل خاص وإشتراكه في الأنشطة الرياضية الأخرى بشكل عام ودون أن يحاول تنظيم أموره وضبط ذاته.
- عدي كان متفوقا في دروسه ومارس ضبطا لذاته بحيث انه كان ينظم وقته بين الدراسة والاستعداد لمباراة كرة القدم وكان يعمل على تأجيل الإشباع الفوري بالإضافة إلى ممارسة ضبط الذات من خلال الحديث الذاتي الايجابي، مما أدى إلى حصوله على درجات مرتفعة في نهاية العام وتحقيق الفوز في المباراة.

نمذجة حية لمهارة تعزيز الذات تمثيل الاقران:

- عدي عصبي المزاج، حساس، منفعل وعندما سأله مازن عن سبب ثورته قال بأن جميع أفراد أسرته يحتقرونه ولا يحبونه ويقولون عن أنه نمرود. عندها اتفق عدي ومازن على تحديد السلوكات الخاطئة التي يقوم بها مازن تجاه أفراد أسرته وكانت كالتالي:
  - عصيان أوامر الأب والأم.
  - العصبية والانفعال الدائم.
  - الحساسية تجاه نقد أفراد الأسرة.

ومن ثم اتفق عدي ومازن على تحديد السلوكات البديلة المراد تحقيقها:

- طاعة الأب والأم.
- تقبل نقد الآخرين.

- مراقبة الذات ومحاولة ضبط الانفعال.
- تعزيز الذات عند القيام بالسلوك الجيد (كمشاهدة تلفاز، أو القيام برحلة مع الأصدقاء) وحرمان الذات من التعزيز عند القيام بسلوك خاطئ.
- يتم عرض للنموذج (عدي) وهو يقوم بسلوكات ايجابية تم تحديدها ويعزز ذاته بعد كل سلوك ايجابي.
- يناقش المرشد أعضاء المجموعة بالمواقف التي تم عرضها والتركيز على أهمية استخدام تعزيز الذات.
- لعب الأدوار من قبل أعضاء الجماعة.
- المناقشة والحوار بين أعضاء المجموعة.

الهدف (4) (20) دقيقة

واجب بيتي:

- تكليف الأعضاء ممارسة هذه المهارة وحسب نموذج كانفر وإحضار تقرير حول تطبيق كل عضو لهذه المهارة.

التلخيص والانهاء

- يقوم المرشد بتلخيص ما جرى في هذه الجلسة وإنهاء الجلسة الإرشادية.

الجلسة الخامسة

تهدف هذه الجلسة إلى تدريب الأعضاء على طرق التعامل مع المشكلات وكيفية حل النزاعات بعيداً عن العنف في هذه المرحلة (مرحلة المراهقة) من خلال نماذج حية.

أهداف الجلسة الرابعة:

- مناقشة الواجب البيتي.
- أن يتعرف الأعضاء على طبيعة مرحلة المراهقة.
- التدريب على طرق التعامل مع المشكلات.
- واجب بيتي ثم تلخيص الجلسة والإنهاء.

الهدف (1) (20) دقيقة

- مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على التزامهم بالحضور في الموعد المحدد ومناقشة الواجب البيتي حيث يستعرض الطلاب ما أحضروه من تقارير وأمثلة على مهارة ضبط الذات (حسب نموذج كانفر) وتتم مناقشتها فيما بينهم.

الهدف (2) (25) دقيقة

- أن يتعرف الأعضاء على طبيعة مرحلة المراهقة.

الإجراءات:

- توزيع نشرة مصورة من المرشد تتحدث عن طبيعة مرحلة المراهقة وخصائصها والمشكلات التي يتعرض لها (مشكلات جسمية، اجتماعية، اقتصادية، نفسية، مهنية، مدرسية، جنسية، قضاء وقت الفراغ).

ويناقش الأعضاء جميع المشكلات التي يتعرض لها الشباب في هذه المرحلة ويتم التركيز على المشكلات المدرسية والتي تكون سبباً رئيسياً في العنف المدرسي.

نمذجة حية لمهارة التعرف على الخصائص الذاتية لدى الأعضاء "عدي طالب المرحلة الثانوية وفكرته عن ذاته سلبية جدا بسبب شعره الاجعد وتأخر بروز شعر وجهه وقصر قامته بالنسبه لأقرانه ويعتقد أنه دون الآخرين ويتجنب الاجتماع بأصدقائه

معهم فترات طويلة خوفا من الاستهزاء أو السخرية منه ولكن من خلال عدد من المواقف مع الأقران والاستماع لملاحظاتهم اكتشف أن لديه سمات ايجابية مثل قوة يديه، جمال أسنانه وجمال ابتسامته، اتزانه وتعاطفه مع الأصدقاء فاكتشف أنه كان مخطئا بحكمه على نفسه بالدونية وأن كل إنسان لديه خصائص وسمات ايجابية لابد أن يتعرف عليها ويعزز الايجابي منها.

الهدف (3) (25) دقيقة

- التدريب على طرق التعامل مع المشكلات.

الإجراءات:

- بتقديم نموذج من الطلاب بالحديث أمام زملائهم عن كيفية التعامل مع مشاكلهم التي يتعرض لها حسب الأصول العلمية والتي تكون كالتالي:

1. تحديد المشكلة.
2. إيجاد الخيارات والبدائل المختلفة للحل.
3. اتخاذ القرار أو البديل المناسب.

-يدخل النموذج ويناقش الأعضاء النقاط الأساسية لحل أية مشكلة قد تعترض سبيل حياتنا كما سيتم الحديث عنها في الجلسات القادمة بنداً بنداً مدعماً بذلك بأمثلة ومشاكل واقعية حدثت للنموذج في المدرسة، وتم التعامل في حل مشاكله وفق هذه الأسس.

الهدف (4) (20) دقيقة

- واجب منزلي

أذكر خصائص مرحلة المراهقة ودون أفضل خمس صفات تراها في نفسك في المجالات المختلفة؟ (مدعمة بالصور)

- التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص ما جرى في هذه الجلسة وإنهاء الجلسة الإرشادية.

الجلسة السادسة

تهدف هذه الجلسة إلى تدريب الأعضاء على تحديد المشكلة من خلال النموذج.

أهداف الجلسة:

- تهيئة الطلاب للجلسة.
- مناقشة الواجب البيتي.
- تحديد المشكلة.
- العوامل التي تساعدنا في تحديد المشكلة.
- واجب بيتي ثم تلخيص الجلسة والإنهاء.

الهدف (1) (15) دقيقة

- تهيئة الطلاب للجلسة.

الإجراءات:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على الحضور والالتزام بالمواعيد.

الهدف (2) (20) دقيقة

مناقشة الواجب البيتي

الإجراءات:

يستعرض المرشد ما قدمه الطلاب من سمات وخصائص لمرحلة المراهقة في المجالات المختلفة ويستعرض السمات التي يقدمها الطلاب عن أنفسهم وتتم مناقشتها والحوار حولها.

الهدف (3) (20) دقيقة

- علاقة حل المشكلة بتحديد المشكلة.

الإجراءات:

- يطرح المرشد سؤالاً يثير النقاش بين أعضاء المجموعة: ما هي أهم المشكلات التي تؤثر على حياة الطالب في المرحلة الثانوية؟

- يفتح المجال أمام الأعضاء للنقاش والإجابة على السؤال، وبعد استعراض جميع المشكلات التي تطرح من قبل أعضاء المجموعة يصار إلى تصنيفها في مجالات من قبل النموذج الحي (أحد الأقران) إلى (مشكلات جسمية، اجتماعية، اقتصادية، نفسية، مهنية،.. الخ)، ويدار حوار حول تحديد المشكلة وأهميتها وتأثيرها مع الفرد والمحيط.

الهدف (4) (20) دقيقة

- العوامل المساعدة في تحديد المشكلة.

الإجراءات:

- يثير المرشد سؤالاً للإجابة عليه من قبل أعضاء المجموعة: ما العوامل التي تساعدنا في حل المشكلة؟
- ويفتح المجال أمام الأعضاء للإجابة على السؤال وتدون جميع الإجابات على السبورة ليصار إلى تلخيصها وفرزها إلى:
  - عوامل متصلة بالفرد من حيث مفهومه لذاته وأفكاره ومشاعره.
  - عوامل مرتبطة بالمشكلة ذاتها من حيث تأثيرها وطبيعتها وحجمها وشدتها والآثار المترتبة على عدم حلها، هل يمكن معالجتها؟ من يستطيع أن يقدم الدعم أو المساعدة؟ هل هي ضمن قدرات الفرد للتعامل معها وحلها؟ (يقدمها النموذج أمام المجموعة).

الهدف (5) (15) دقيقة

- **واجب بيتي**

يكلف كل عضو بتحديد ثلاث من المشكلات التي تواجهه في حياته المدرسية

- التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص ما جرى في هذه الجلسة وإنهاء الجلسة الإرشادية.

الجلسة السابعة

تهدف هذه الجلسة إلى تدريب الأعضاء على مهارات توليد الخيارات والبدائل من خلال النموذج.

أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب البيتي.
- التعرف على مهارة توليد البدائل.
- تدريب أعضاء المجموعة على كيفية توليد البدائل.
- الواجب البيتي ثم تلخيص الجلسة والإنهاء

الهدف (1) (20) دقيقة

- مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على حسن التزامهم بالمواعيد.
- يدور نقاش حول المشكلات المدرسية التي يعاني منها أعضاء المجموعة ويسأل كل عضو عن المشكلات التي قام بتحديدها.

الهدف (2) (25) دقيقة

- التعرف على مهارة توليد البدائل.

الإجراءات:

- يقوم المرشد بتوضيح معنى توليد البدائل أو الخيارات، حيث أن أي مشكلة لها حلول عديدة وخيارات عديدة، وليس حل واحد، وتتطلب مهارة توليد البدائل توظيف المعلومات كلما استطعت إيجاد عدد أكبر من الخيارات والبدائل والحلول لها، وعلى صاحب المشكلة بعد ذلك اختيار الخيار أو البديل المناسب له.
- يناقش أعضاء المجموعة جدوى وجود الخيارات والبدائل العديدة لحل المشكلة من خلال طرح أمثلة حية يقدمها النموذج حيث يمثل مشكلة مدرسية، ليصل إلى نتيجة أن الخيارات والبدائل تؤدي بنا إلى الحل الأسلم لأنها تقدم أفكار جديدة

وعديدة، وأن الاختلاف في الآراء والأفكار يبرر احتمالية وجود الحل الصحيح والأسلم.

- يقدم النموذج خيارات وحلول وبدائل لمشكلة نزاع وصراع بينه وبين أحد زملائه.
- التفكير بكل البدائل والخيارات، فالهدف في هذه المرحلة توليد الأفكار.
- توليد أكبر قدر ممكن من الخيارات ومحاولة دمج الأفكار وتطويرها، فالأفكار والخيارات الجيدة عادة تكون من مزج عدد من الأفكار.

الهدف (3) (25) دقيقة

- تدريب أعضاء المجموعة على كيفية توليد البدائل.

الإجراءات:

- يقدم النموذج إحدى مشكلات العنف المدرسية التي تواجه الشباب أنا أشجع فريق الرمثا لكرة القدم، وسيفوز الفيصلي، وكل من لم يشجعه فهو عدوي يقابله أحد الأقران الذي تبنى تشجيع فريق الفيصلي ويتحدى النموذج وينشب بينهما شجار.

الخيارات والبدائل المطروحة:

1. تشجيع الفريقين.
2. الاستمتاع باللعب النظيف.
3. تقبل النتيجة بروح رياضية.
4. في حالة فوز أحد الفريقين يقوم مشجع الطرف المهزوم بتهنئة الطرف المنتصر.
5. أن يقوم الفريق المهزوم بتحطيم المدرجات.
6. أن يقوم الفريق المهزوم بالانتقام من الحكم.

- خيارات وبدائل كثيرة وفي النهاية يمكن دمجها للوصول إلى بديل مناسب واحد، وهو لكي نصل بالأردن إلى مستوى رياضي جيد لابد من نقبل النتيجة بروح رياضية وأن يهنئ الطرف المهزوم الطرف المنتصر.

الهدف (4) (20) دقيقة

الواجب البيتي.

الإجراءات:

- الواجب البيتي على كل عضو أن يختار مشكلة عنف مدرسية تواجهه وأن يطبق عليها مهارة توليد البدائل (Dixon & Glover, 1984)

التلخيص والإنهاء

- في نهاية الجلسة يقوم المرشد بتلخيص ما دار في الجلسة وإنهائها والتذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة

وتهدف هذه الجلسة إلى تدريب الأعضاء على موازنة البدائل والخيارات اختيار المناسب منها (من خلال النموذج).

أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب البيتي.
- التعريف بمهارة موازنة البدائل من خلال النموذج.
- لعب الأدوار والتدريب على مهارة موازنة البدائل.
- الواجب البيتي.
- التلخيص والإنهاء.

الهدف (1) (15) دقيقة

- مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- الترحيب بالأعضاء وشكرهم على حضورهم والالتزام.
- مناقشة مشاكل العنف المدرسية التي يواجهها أعضاء المجموعة ومناقشة مهارة توليد الخيارات والبدائل مع كل مشكلة.

الهدف (2) 25 دقيقة

- التعريف بمهارة موازنة البدائل.

الإجراءات:

- يقوم المرشد بمناقشة كيفية المفاضلة والموازنة

بين هذه البدائل للوصول إلى القرار المناسب لحل المشكلة التي تواجهه، وتتم المفاضلة بتفحص كل بديل ودراسته بشكل جيد (بإيجابياته وسلبياته)، ويتم من خلال الإجابة على الأسئلة التالية:

1. هل البديل واقعي يمكن تحقيقه أم أنه مستحيل التحقيق وغير واقعي؟
2. ما هي الاحتمالات لكل بديل؟

3. ما مدى ملاءمة البدائل للأولويات؟

الهدف (3) 25 دقيقة

تدريب المشاركين على مهارة موازنة البدائل.

الإجراءات:

- يقدم البرنامج مشكلة عنف مدرسية تواجه العديد من الطلاب.
- يُسرد النموذج مشكلة تواجه العديد من الطلاب، أحمد حرض زملائه بالصف على الهرب من حصة اللغة العربية، يرفض سمير الهرب فقام أحمد بسبه وشتمه وضربه التي تسببت بشجار بينهما.

الخيارات والبدائل:

- الاحتكام إلى التعليمات.
- الاحتكام إلى أسرة الصف.
- إشراك مربي الصف.
- اللجوء إلى إدارة المدرسة.
- معرفة أسباب تخطيط الطلاب للهروب من حصة اللغة العربية.
- تنظيم جلسة حوار بين أحمد وسمير وإصغاء كل منهما للآخر.
- استدعاء أولياء أمور الطلاب.
- يدير النموذج نقاشاً حول موازنة البدائل واختيار المناسب منها بعد دراسة سلبيات وإيجابيات كل خيار أو بديل من هذه البدائل.
- عرض مشكلة عنف مدرسية من قبل أعضاء المجموعة واستعراض الخيارات والبدائل من قبل أعضاء المجموعة وموازنة البدائل والخيارات واختيار المناسب منها.

الهدف (4) (15) دقائق

الواجب البيتي

- يطلب المرشد من كل عضو أن يختار مشكلة عنف مدرسية تواجهه وأن يطبق عليها مهارة توليد البدائل ثم موازنة هذه البدائل والخيارات واختبار المناسب منها.

الهدف (5) (10) دقائق

التلخيص والإنهاء

- في نهاية الجلسة يقوم المرشد بتلخيص ما دار فيها وإنهائها والتذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة

وتهدف هذه الجلسة على تدريب أعضاء المجموعة مهارة اتخاذ القرار من خلال النموذج.

أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب البيتي.
- تعريف أعضاء المجموعة على مهارة اتخاذ القرار.
- التدريب على مهارة اتخاذ القرار.
- الواجب البيتي.
- التلخيص والإنهاء.

الهدف (1) (15) دقيقة

- **مناقشة الواجب البيتي.**

الإجراءات:

- الترحيب بالأعضاء وشكرهم على حضورهم والتزامهم.
- مناقشة مشاكل العنف المدرسية التي يواجهها الطلاب ومناقشة مهارة توليد البدائل والخيارات ثم موازنة هذه البدائل واختيار المناسب منها، يتم استعراض بعض منها من خلال النموذج الحي من الاقران.

الهدف (2) (20) دقيقة

- معنى مهارة اتخاذ القرار.

الإجراءات:

- يوضح المرشد أن اتخاذ القرار يشكل خطوة هامة في عملية حل المشكلات، وهذا يأتي كخطوة بع تحديد المشكلة، ثم توليد الخيارات والبدائل ثم الموازنة بين هذه البدائل وهذه الخيارات وصولا لاتخاذ القرار.
- أن ما يعنيه اتخاذ القرار هو خطوة عملية نحو التغيير والصعوبة في اتخاذ القرار يتم عن طريق:

1. تشجيع الفرد من خلال موازنة البدائل والخيارات وإبراز الإيجابيات والفوائد التي سوف تعود على الفرد من عملية التغيير.
2. الدعم الاجتماعي المقدم من الأقران والأصدقاء وأفراد من العائلة.

الهدف (3) (20) دقيقة

- التدريب على مهارة اتخاذ القرار.

الإجراءات:

- يقدم النموذج أمام أعضاء المجموعة مشكلة عنف مدرسية يتم:

1. تحديدها.
2. الخيارات والبدائل لحلها.
3. موازنة الخيارات والبدائل.
4. اتخاذ القرار.

تمثل المشكلة من خلال النموذج الحي (أحد الأقران)

"فراس يقوم بالاعتداء على زميله مجدي باستمرار ويقف له خارج المدرسة ويعترض طريقه ويضربه ويأخذ مصروفه والعديد من أدواته ويشجع بعض الأصدقاء للتحالف معه حيث يقومون بتوزيع ما سلبوه فيما بينهم"

- يقوم النموذج بإثارة المشكلة أمام أعضاء المجموعة وتحديدها بشكل واضح

"إن فراس يضربني ويأخذ أدواتي ويصادر مصروفي"

لماذا يقوم فراس بذلك؟

هل أنا أسأت إليه؟

هل هو فقير ويعاني من مشكلة عائلية؟

- يقوم النموذج أمام المجموعة بإثارة المشكلة وتوليد الخيارات والبدائل:

هل أقوم بضربه؟

هل أشكوه لمدير المدرسة؟

هل أبلغ أسرتي؟

هل أبلغ مربي الصف؟

هل أشكوه لمديرية الأمن؟

- يقوم النموذج أمام أعضاء المجموعة بموازنة البدائل بحيث يفكر بكل بديل مطروح ويسأل نفسه ما هي النتائج الايجابية والسلبية لهذا البديل ويضع له تقديرا على سلم التقدير من (1 – 10) لتقدير درجة ميل الشخص لحو البديل.
- يقوم النموذج بعد موازنة ومقارنة البدائل إلى اتخاذ القرار حول البديل المناسب لعلاج مشكلته

الهدف (4) (20) دقيقة

الواجب البيتي

يطلب المرشد من كل عضو من الأعضاء أن يحدد مشكلة عنف مدرسية ويطلق عليها جميع ما تم التدريب عليه ابتداءً من:

1. تحديد المشكلة
2. الخيارات والبدائل
3. موازنة الخيارات والبدائل
4. اتخاذ القرار

الهدف (5) (15) دقيقة

- التلخيص والإنهاء.

في نهاية الجلسة يلخص المرشد ما دار فيها ويستقبل أية استفسارات من الأعضاء ويذكرهم بموعد الجلسة القادمة. (**Cormier &Cormier, 1985**).

الجلسة العاشرة

تهدف هذه الجلسة إلى التعرف على أنماط التفاعل الاجتماعي والتدريب عليها "من خلال النموذج".

أهداف الجلسة:

- تهيئة الأعضاء للجلسة والترحيب بهم.
- مناقشة الواجب البيتي.
- التعرف على أنماط التفاعل الاجتماعي (استجابات عدوانية، استجابة غير مؤكدة للذات، استجابة مؤكدة للذات)؟
- الواجب البيتي.
- التلخيص والإنهاء.

الهدف (1) (15) دقيقة

- تهيئة الأعضاء للجلسة والرحيب بهم.

الإجراءات:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على حسن التزامهم بمواعيد الجلسات ويجيب عن أي استفسار يثيره الأعضاء.

الهدف (2) (20) دقيقة

- مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- استعراض المشاكل التي أعدها الأعضاء ومناقشتها والدخول في حوار حول كل مشكلة ابتداءً من تحديدها وانتهاءً باتخاذ القرار.

الهدف (3) (20) دقيقة

- التعرف على أنماط التفاعل الاجتماعي.

الإجراءات:

- يطرح المرشد سؤالاً على أعضاء المجموعة: كيف نفرق بين السلوك العدواني والسلوك التوكيدي، والسلوك غير التوكيدي؟.

نقوم بتلخيص ذلك القول:

أن السلوك العدواني هو التهجم على الآخرين بصوت مرتفع وتعبير الشخص عن مشاعره بغضب وتحصيل حاجاته على حساب الآخرين.

أن السلوك التوكيدي دفاع الشخص عن حقوقه وعن مشاعره وعن معتقداته دون الاعتداء على حقوق الآخرين.

أن السلوك غير التوكيدي هو السلوك السلبي المنسحب واللامبالي.

- يقوم النموذج بتمثيل ثلاث أدوار دالة على هذه السلوكات.

النموذج ---- عدواني	يدفع زميله ويصرخ بوجهه بعنف ويتقدم على دوره ويصطف أمام الطابور.
النموذج --- توكيدي	لا يسمع لزميله يأخذ دوره، يدافع عن حقه بالحوار والنقاش.
النموذج --- غير توكيدي	منسحب يخضع للأمر الواقع، لا يطالب بحقه بالدور.

يناقش الأعضاء هذه النماذج لاستخلاص أهمية التفاعل الاجتماعي الايجابي (النموذج التوكيدي) والتعرف على الآثار المدمرة للتفاعل الاجتماعي السلبي (النموذج العدواني).

الهدف (4) (20) دقيقة

- واجب بيتي.

الإجراءات:

- يطلب المرشد من كل عضو من أعضاء الجماعة سرد عدد من الأمثلة حول سلوكيات دالة على استجابات عدوانية، استجابات مؤكدة، استجابات غير مؤكدة.

(Vaccaro, 1992. Donohne, 1995. Bellack, Herson & Kazdin, 1985)

الهدف (5) (15) دقيقة

- التلخيص والإنهاء.

الإجراءات:

- في نهاية الجلسة يلخص المرشد ما دار في الجلسة ويشكر الأعضاء على حسن مشاركتهم ويذكرهم بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة
(المرحلة الثانية)

تهـدف هـذه الجلسة إلى التعـرف علـى أهميـة الـصداقة بـين الأقـران "مـن خلال النموذج".

أهداف الجلسة:

- تهيئة الأعضاء للجلسة والترحيب بهم.
- مناقشة الواجب البيتي.
- التعريف بالصداقة.
- التعريف بأهمية ومهارات كسب الصداقة.
- تلخيص الجلسة والإنهاء.

الهدف (1) (15) دقيقة

- تهيئة الأعضاء للجلسة والرحيب بهم.

الإجراءات:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على التزامهم بالحضور في الموعد المحدد.

الهدف (2) (20) دقيقة

- مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- استعراض الأمثلة التي أحضرها الأعضاء حـول الـسلوكيات العدوانيـة، المؤكـدة، غير المؤكدة ومناقشتها.

الهدف (3) (20) دقيقة

- التعريف بالصداقة.

الإجراءات:

- يطرح المرشد سؤالاً: ما معنى الصداقة؟"

ويدير نقاشاً حول أراء الأعضاء بخصوص معنى الصداقة ويدون آراءهم على السبورة، ثم يستخلص معنى الصداقة على أنه: (الصداقة علاقة سامية بين طرفين أو أكثر مبنية على المحبة والإخلاص والمعاملة الجيدة ولا تقوم على مبادئ الربح والخسارة).

الهدف (4) (20) دقيقة

- التعريف بأهمية ومهارات كسب الصداقة.

الإجراءات:

- يطرح المرشد سؤالاً: ما أهمية الصداقة وضروريتها؟".
- يدير نقاشاً وحواراً بين الأعضاء حول أهمية الصداقة مع ضرب الأمثلة ويدون ذلك على السبورة ويستخلص العديد من الآراء التي تركز على أهمية الصداقة. (يدعم ذلك بالصور + فيلم عن أهمية الصداقة ومعناها)
- الصداقة تساعد على بناء العلاقات الإنسانية.
- الصداقة تساعد على نمو المحبة.
- الصداقة تساعد على التعاون.
- الصداقة تساعد الفرد على التخلص من همومه من خلال تفريغ انفعالاته أما صديقه.
- الصديق وقت الضيق والأزمات.

مهارات كسب الصداقة" يتم عرض نماذج تمثيلية من الأقران أمام الأعضاء"

سلوك إيجابي	تمثيل السلوك (من قبل النموذج)
الاهتمام بالمظهر العام	يمثله النموذج وهو يرتدي ربطة العنق ويقوم بملاحظة مظهره الخارجي أمام المرآة
تحية الأصدقاء	تمثيل التحية وكيفية المصافحة وتبادل القبلات والبدء بأحاديث عامة معهم
الاهتمام بالأصدقاء	تمثيل الاهتمام بالأصدقاء من خلال الإصغاء والاستماع لهمومهم ومشاكلهم
تعزيز الايجابيات	امتداح أحد الزملاء في المجموعة لأناقته، امتداح طريقة الحديث
مساعدة الأصدقاء والتعاطف معهم	يقوم النموذج بتمثيل مساعدة الصديق الذي أضاع كتبه فيتعاطف معه ويجمع له مبلغا من المال من أسرة الصف لشراء الكتب.
أنشطة حوارية	يقوم النموذج بإدارة أنشطة حوارية ديمقراطية وهادئة حول عدد من المفاهيم (الكذب، الصدق، الأمانة، الالتزام، احترام الآخرين) مع عدد من الأقران.

الهدف (4) (20) دقيقة

- تلخيص الجلسة والإنهاء.

الإجراءات:

- في نهاية الجلسة يقوم المرشد بتلخيص ما دار في الجلسة والتركيز على أهمية الصداقات في حياتهم المدرسية ويقوم بإنهاء الجلسة ويذكرهم بموعد الجلسة الختامية التقويمية.

استمارة التقييم النهائي للبرنامج

ماذا استفدت من البرنامج؟

ما هي المهارات والسلوكيات التي تعلمتها من البرنامج؟

هل ساهم البرنامج في خفض سلوك العنف لديك؟

ما الذي لم يعجبك بالبرنامج؟

هل حقق لك البرنامج توقعاتك وأهدافك؟

ما هي المواضيع التي كنت ترغب في أن تُطرح بالبرنامج؟

جلسة تقويمية

تهدف هذه الجلسة الختامية إلى تقويم البرنامج ومدى تحقيقه لأهدافه.

أهداف الجلسة:

- التهيئة والترحيب.
- مناقشة الأعضاء حول إيجابيات البرنامج.
- ترتيب موعد لتطبيق المقياس البعدي للدراسة.

الهدف (1) (20) دقيقة

التهيئة والترحيب.

الإجراءات:

يرحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على حسن التزامهم بالحضور في المواعيد المحددة للجلسات.

الهدف (2) (60) دقيقة

- يقدم المرشد ملخصاً لأبرز وقائع الجلسات ويركز على الصداقة والتفاعل الاجتماعي وطرق التعامل مع المشكلات واتخاذ القرارات، وأثر ذلك في التعامل مع المشكلات المدرسية بطريقة ديمقراطية حضارية حوارية بعيداً عن العنف.
- يستمع المرشد إلى اقتراحات أعضاء المجموعة حول البرنامج والجلسات، ويترك مجالاً للأعضاء بذكر تعليقاتهم وما هي الجوانب التي استفادوا منها واقتراحاتهم على زمن ومواعيد الجلسات.
- يشكر المرشد جميع الأعضاء على التزامهم ومواظبتهم وحرصهم على مواعيد الجلسات.

الهدف (3) (10) دقيقة

- ترتيب موعد لتطبيق المقياس البعدي للدراسة.

الإجراءات:

- تحديد موعد بالاتفاق مع أعضاء المجموعة وذلك لتطبيق المقياس البعدي للدراسة.

ملحق رقم (2)
برنامج المهارات الاجتماعيّة
الجلسة الأولى

يتم من خلال هذه الجلسة تعرّف الأعضاء على المرشد وعلى بعضهم البعض، وتحديد توقعات الأعضاء من البرنامج، وما هو مطلوب من كل عضو، ويتم ذلك عن طريق الأهداف والإجراءات التالية:

الأهداف (1):

1. أن يتعرّف الأعضاء على المرشد وعلى بعضهم البعض.
2. أن يتحدّث الأعضاء بارتياح مع بعضهم البعض وزيادة اشتراك وتفاعل المجموعة.

لتحقيق هذين الهدفين يقوم المرشد بتقديم وتعريف نفسه ويوضّح طبيعة عمله، ثمّ يتم ممارسة تمرين معين وذلك من أجل:

أ- تزويد الأعضاء والمرشد بفرصة لأن يتعرّفوا على بعضهم البعض.

ب- المساعدة في تخفيض توتّر الأعضاء، وزيادة المشاركة والتفاعل لدى أعضاء المجموعة.

إجراءات التمرين:

1. يطلب المرشد من الأعضاء أن يقوم أحدهم بالتطوع ليبدأ التمرين الذي يقوم به المرشد أمام الأعضاء وذلك بإتباع الخطوات التالية: ينظر هذا العضو لأيّ عضو من أعضاء المجموعة يودّ التعرّف عليه، ويقوم بتقديم نفسه له قائلاً: "مرحباً، أنا أحمد" ثمّ يعطي فرصة للعضو الآخر أن يستجيب له وذلك بأن يرّحب به ثمّ يقدّم نفسه قائلاً: أهلاً أحمد، أنا اسمي محمد" ثمّ يقوم هذا العضو الذي قدّم نفسه (محمد)، بالنظر إلى عضو آخر في المجموعة ويقدّم نفسه له بنفس الطريقة. وتستمر هذه العمليّة حتى آخر عضو في المجموعة (ومن ضمنهم المرشد)، وبعد تقديم عدة تعريفات قد ينسى الأعضاء من قدّم نفسه ومن لم يعرّف نفسه بعد، وهنا يقوم المرشد بالطلب من الأعضاء الذين لم يقدّموا أنفسهم أن يرفعوا أيديهم.

2. يطلب المرشد من أيّ عضو أن يذكر أسماء المجموعة كاملة، وإذا نسي بعض أسماء الأعضاء، ويوضّح المرشد أنّ عليه أن يسألهم عنها، وهذا شيء طبيعي ومألوف ويحدث مع كل الناس ولا يتضمّن أن يكون هذا الشخص (العضو) غبياً، ويجب أن لا يقودنا هذا الاعتقاد إلى أن نتجنّب التحدّث مع هؤلاء الأشخاص (الأعضاء الذين تمّ نسيان أسمائهم). ولذلك لا مانع من أن نسأل الأشخاص عن أسمائهم مرة ثانية وثالثة وكلما نسيناها. ويوضّح المرشد أنّ كثيراً من الناس ينسون الأسماء الجديدة المقدّمة لهم.
3. يتمّ العودة إلى المجموعة التدريبيّة، ويطلب المرشد من أعضاء آخرين تذكّر أسماء جميع أعضاء المجموعة، وينوّه إلى أن لا حرج من أن تسأل ثانيةٍ عن أسماء الأعضاء

الوقت: (25) دقيقة

الهدف (2)

تحديد توقعات الأعضاء المشاركين من البرنامج، وتحديد أدوارهم وواجباتهم.

نتيجة لهذا الهدف فإنّ على كل عضو:

1. أن يتعرّف على التوقعات الواقعية والصحيحة من البرنامج.
2. أن يوقّع كل عضو عقداً مكتوباً يتضمّن الواجبات والالتزامات المطلوبة منه، والتي عليه أن ينفذها أثناء فترة البرنامج.

الإجراءات:

1. يرحّب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على حضورهم، ثمّ يوضّح باستخدام السبّورة أنّ هذه اللقاءات تسمى برنامجاً تدريبياً، حيث يجتمع في مجموعة واحدة عدد من الأشخاص، ويقومون بالتحدّث والعمل، وتعلّم مهارات جديدة. ويوضّح المرشد أنه من خلال حديث كل فرد عن موقف ما ومناقشته مع الآخرين يستطيع أفراد المجموعة مع المرشد التوصّل إلى طرق وأساليب لمساعدة كل فرد على مواجهة المواقف والوصول إلى حلول لها، ويؤكد المرشد حرصه على أن ينال كل فرد من أفراد المجموعة المساعدة التي يحتاجها.

2. يخبر المرشد الأعضاء أنّ هدف البرنامج هو تعلّم مهارات معينة يحتاجونها للتعامل مع الناس في المواقف المختلفة. ويوضّح المرشد أنّ الهدف من ذلك هو تجنّب الوقوع بالمتاعب والمشاكل، والتصرّف بطريقة أحسن مع الوالدين والمعلمين والرفاق، وأنّ هذا البرنامج يستمر على مدار (10) عشر جلسات سيتمّ من خلالها مناقشة مواضيع مختلفة لتحسين وزيادة المهارات الاجتماعيّة للأعضاء بهدف تسهيل حياتهم اليومية. وأنّ اللقاءات ستتم في قاعة معده جيدا، يوم الاثنين والأربعاء من كل أسبوع في تمام الساعة الثانية عشرة ظهرا.
3. يقوم المرشد بمناقشة الأعضاء حول توقّعاتهم وما يأملون تحقيقه نتيجة لاشتراكهم في هذا البرنامج، ويلخّص المرشد هذه التوقّعات بكتابتها على السبّورة للتعرّف فيما إذا كانت هذه التوقعات واقعية وصحيحة ويمكن تحقيقها أم لا، ويتم الإبقاء فقط على التوقعات الممكن تحقيقها على السبورة.
4. بعد ذلك يناقش المرشد مع الأعضاء قواعد عمل المجموعة من حيث ضرورة الالتزام بالمواعيد والمواظبة على الحضور، والاحترام المتبادل، والانتباه لما يقوله الأعضاء الآخرون أثناء الجلسات، والالتزام بالواجبات التي يتطلبها البرنامج بدقة وأمانة، وأيّة قواعد أخرى يقترحها الأعضاء. ويوضّح المرشد أنّ الالتزام بقواعد عمل المجموعة من شأنه أن يساعد على تحقيق نجاح البرنامج.
5. يقوم المرشد بتوزيع ورقة الاتفاق المرفقة، ويتم إضافة القواعد التي اقترحها الأعضاء عليها، ثم يقوم كل عضو بتوقيعها على نسختين، بحيث تُحفظ واحدة لدى المرشد والأخرى يحتفظ بها العضو.

الوقت: (55) دقيقة.

الهدف (3)

إنهاء الجلسة وإعطاء واجب للأعضاء

نتيجة لهذا الهدف فإنّ على كل عضو:

أ- أن يتهيأ للانتهاء من هذه الجلسة.

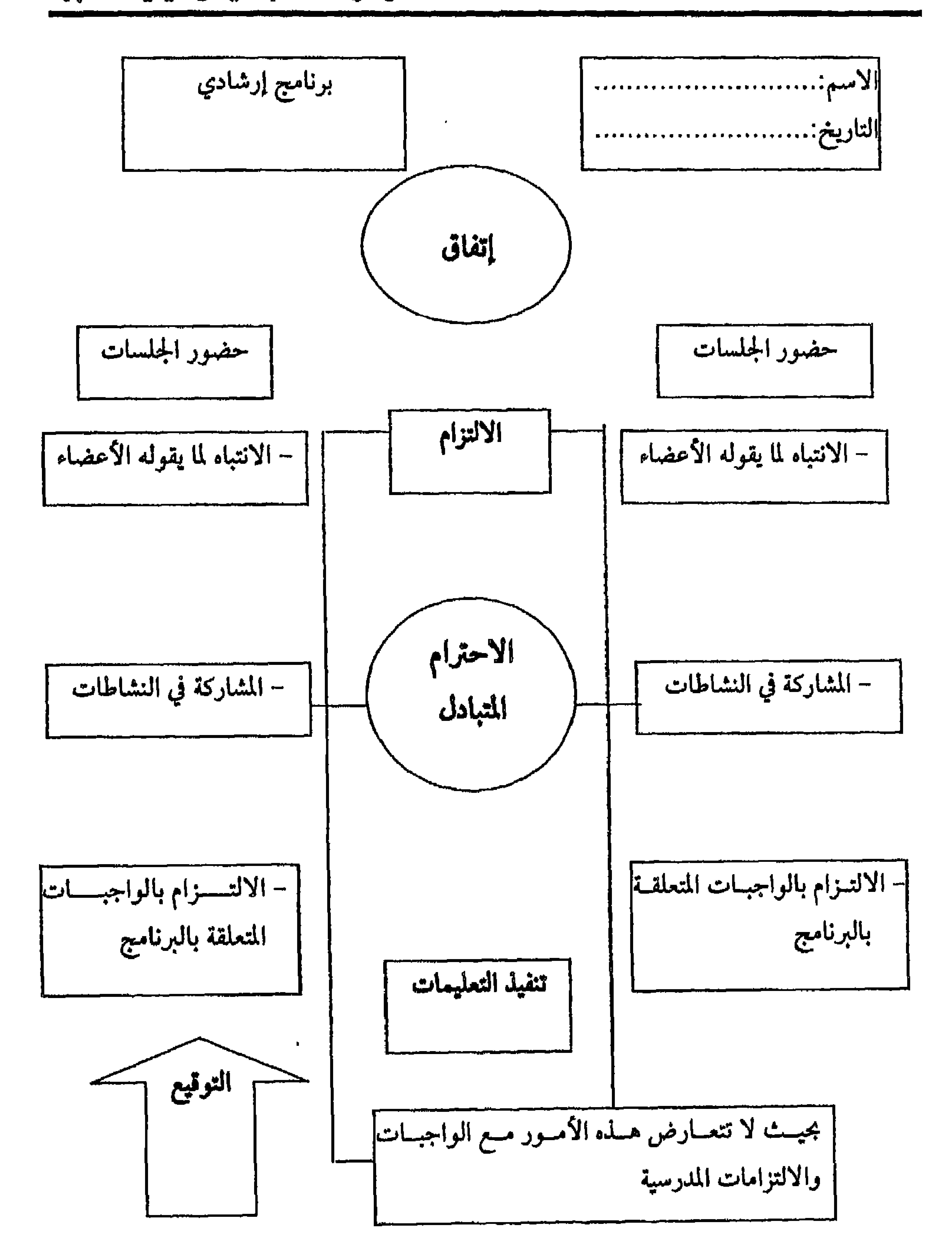
ب- أن يحدّد الواجب المطلوب منه.

الإجراءات:

1. يقوم المرشد بتلخيص ما تم مناقشته في هذه الجلسة وبشكل مختصر وسريع، ويطلب من بعض الأعضاء تذكيره بما نسيّه من أشياء.
2. يقوم المرشد بتوزيع ورقة فارغة على كل عضوٍ مكتوب عليها الواجب وهو:

- اذكر موقفاً واحداً سبّب لك المتاعب والمشاكل من خلال علاقاتك مع المعلمين أو الرفاق.
- يطلب المرشد من الأعضاء أن يحضروا هذا الواجب مكتوباً في الجلسة القادمة.

الوقت: (10) دقائق.


برنامج إرشادي
الاسم:.............................
التاريخ:............................
إتفاق
حضور الجلسات
حضور الجلسات
الالتزام
- الانتباه لما يقوله الأعضاء
- الانتباه لما يقوله الأعضاء
الاحترام المتبادل
- المشاركة في النشاطات
- المشاركة في النشاطات
- الالتزام بالواجبات المتعلقة بالبرنامج
- الالتزام بالواجبات المتعلقة بالبرنامج
تنفيذ التعليمات
التوقيع
بحيث لا تتعارض هذه الأمور مع الواجبات والالتزامات المدرسية

الجلسة الثانية

التدريب على مهارة التعرّف على الأفكار الإيجابيّة (التكيّفية) وغير التكيّفية المرتبطة بالذات والتمييز بينها.

هذه الجلسة مخصّصة للتعرّف على الأسباب والأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل للفرد (الأسباب والأفكار التي تؤدي إلى تدنّي مفهوم الذات والكفاءة الاجتماعيّة)

الهدف (1):

1. مناقشة الواجب مع الأعضاء والإجابة على أيّ سؤال عن الجلسة الماضية.

الإجراءات:

1. الترحيب بالأعضاء من قبل المرشد، وتقديم الشكر لهم لحضورهم في الوقت المحدّد.
2. يسأل المرشد عن الواجب البيتي الذي أعطاه للطلاب، ويناقشه معهم، ويوضّح أنّ سبب العنف والمتاعب والمشاكل التي واجهت الطلاب في علاقتهم مع المعلمين والرفاق هو نقص في المهارات الاجتماعيّة التي سنبدأ اليوم بالتدرّب عليها.

الوقت: (25) دقائق.

الهدف (2):

أن يتعرّف الأعضاء على الأسباب والأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل للفرد.

نتيجة لهذا الهدف يتوقع:

1. أن يتعرّف الأعضاء على الأسباب والأفكار التي تسبّب لهم المتاعب والمشاكل.
2. أن يقوم الأعضاء بممارسة بعض السلوكيّات الصحيحة.

المجموعة الخامسة (3)

الإجراءات:

1. من خلال المناقشة يتم توضيح الأسباب والأفكار التي تسبّب العنف والمتاعب والمشاكل للأفراد ومن أمثلة ذلك:

أ- ملاحظة سلوكيات أشخاص ينقصهم المهارات الاجتماعيّة مما يؤدي إلى اكتساب معلومات خاطئة. مثال: قد تشاهدون (تلاحظون) طالباً يشتم الطلاب مستخدماً ألفاظاً نابية، لأنّه لم يتعلّم كيف يتعامل مع الزملاء، ثمّ يقوم أحدكم بتقليده، أو قد تشاهدون (تلاحظون) طالباً آخر يأخذ أشياء ليست له من الطلاب الآخرين أو يقوم بإتلاف وتخريب ممتلكات المدرسة مثلاً، ثمّ يقوم أحدكم بتقليده.

- يطلب المرشد من الأعضاء أن يذكروا مواقف قاموا من خلالها بممارسة سلوكيات سبّبت لهم المشاكل.
- يقوم المرشد بالتركيز على بعض الامثلة السابقه وذكرها امام الطلاب، ويكلف الطلاب بلعب الدور.

ب- فهم الأمور والواقع بشكل خاطئ (التفكير غير العقلاني والمعتقدات الخاطئة التي يعتقدها الفرد عن نفسه)، فعندما يرى الفرد نفسه بأنّه فاشل، فإنّه لا يحاول أن يبذل جهداً كي يتعلّم مثلاً، ولا يُعير انتباهه للمدرس، ويفشل في إتباع التعليمات...

- يقدّم المرشد المثال التالي: إذا أعتقد أحد الطلاب بأنّه لا يستطيع النجاح في مادة اللغة الانجليزية مثلاً، فهل تتوقعون أنّه سيبذل جهداً من أجل النجاح؟ وهل تتوقعون أنّه سينجح؟ أما إذا اعتقد هذا الطالب أنّه سينجح إذا بذل جهداً مناسباً وصمّم على النجاح فهل تتوقعون أنّه سينجح؟ إذاً نستنتج أنّ الخطأ في فهم واعتقاد الطالب للأمر (معتقدات)، وليس في مادة اللغة الانجليزية نفسها (الحدث).

- يذكر المرشد أمثلة على فهم الأمور بشكل خاطئ (معتقدات خاطئة) مثل: يجب أن أكون محبوباً من كل الناس، يجب أن أحصل على علامة كاملة، أنا لا أستطيع أن أفعل أيّ شيء.
- يطلب المرشد من الطلاب ذكر بعض الأمثلة على فهم الأمور بشكل خاطئ.
- يوضّح المرشد أنّ الفشل في المواقف التي يفهمها الفرد بشكل خاطئ، يكون بسبب فهمه واعتقاده الخاطئ وليس بسبب الموقف نفسه (الحدث).
- يوضّح المرشد أنّ فهم الأمور بشكل خاطئ يساعد في استمرارية المشكلات، وفهمها بشكل صحيح يساعد في حل المشكلات.

الوقت: (45) دقيقة.

الهدف (3):

إنهاء الجلسة وتكليف الأعضاء بواجب بيتي.

نتيجة لهذا الهدف فإنّ على كل عضو:

أ- أن يتهيأ للانتهاء من هذه الجلسة.

ب- أن يحدّد الواجب المطلوب منه وكيفيّة القيام به.

الإجراءات:

يقوم المرشد بتكليف الأعضاء بواجب بيتي وهو أن يذكر كل عضو موقفاً خاطئاً قام من خلاله بتقليد شخص آخر، ثمّ يذكر موقفاً صحيحاً قام من خلاله بتقليد شخص آخر.

الأدوات: السبّورة، الطباشير.

الوقت: (45) دقائق.

الجلسة الثالثة

هذه الجلسة مخصّصة للتعرّف على الأسباب والأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل للفرد (الأسباب والأفكار التي تؤدي إلى تدنّي مفهوم الذات والكفاءة الاجتماعيّة)

الهدف (1):

1. مناقشة الواجب مع الأعضاء والإجابة على أيّ سؤال عن الجلسة الماضية.

الإجراءات:

1. الترحيب بالأعضاء من قبل المرشد، وتقديم الشكر لهم لحضورهم في الوقت المحدد.
2. يسأل المرشد عن الواجب البيتي الذي أعطاه للطلاب، ويناقشه معهم، ويوضّح أنّ تقليد الأشخاص الذين يقومون بسلوكيّات وأعمال خاطئة يلعب دوراً كبيراً في استمرارية المشكلات، وأنّ تقليد الأشخاص الذين يقومون بأعمال وسلوكيّات صحيحة يساعد الأفراد على التصرّف بشكل جيّد ومقبول (إيجابي).

الوقت: (25) دقيقة.

الهدف: (2)

أن يتعرّف الأعضاء الأسباب والأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل للفرد.

نتيجة لهذا الهدف يتوقع:

1. أن يتعرّف الأعضاء على ما يقولونه من أفكار غير مناسبة (سلبيّة) عند مواجهة المواقف.
2. أن يمارس الأعضاء الحديث الذاتي المناسب (الإيجابي) عند مواجهة المواقف.

الإجراءات:

1. مواجهة المواقف بحديث ذاتي غير مناسب (سلبي)

أ- يقوم المرشد بتمثيل دور أحد الأفراد وما يقوله من أفكار فمثلاً إذا كان المطلوب من الطالب أن يحلّ مسألة أمام الطلاب على السبّورة فغنّه يقول قبل الموقف لنفسه: أنا فاشل، لا أستطيع أن أحل المسألة، أمّا أثناء الموقف فيقول لنفسه: أنا أتلعثم والعرق يتصبب مني، وأنا لا أستطيع أن أحلّ المسألة بشكل جيّد، وسيعرف الجميع أنّي فاشل، وبع الموقف فإنّه يقول: أنا إنسان فاشل لا أصلح لشيء، ومن الأفضل أن أبقى وحيداً.

ب- يطلب المرشد من الأعضاء أن يقوموا بلعب الدور لنفس المثال لسابق.

ج- يطلب المرشد من الأعضاء أن يقوموا بلعب الدور لمثال آخر هو: قيام أحد الطلاب بشرح الدرس أمام الطلاب.

د- يقوم المرشد بمناقشة المثال الأول ولكن بحديث ذاتي مناسب (ايجابي) كالتالي: قبل الموقف: أنا واثق من نفسي لأنّي مستعد بشكل جيّد، أمّا أثناء الوقف فيقول لنفسه: كن هادئاً فأنت قوي وتستطيع حل المسألة بشكل جيّد، وبعد الموقف: أنا إنسان ناجح، ممتاز، لقد نجحت في حلّ المسألة بشكل صحيح.

هـ- يطلب المرشد من بعض الأعضاء أن يقوموا بلعب الدور للمثال الثاني ولكن بحديث ذاتي مناسب (ايجابي)، ويساعدهم في توضيح ذلك.

و- يذكر المرشد موقفاً آخر هو: (قيام أحد الطلاب بالإجابة على سؤال المعلّم داخل الصف) ثمّ يطلب من بعض الطلاب أن يقوموا بلعب الدور من خلال الحديث الذاتي غير المناسب (السلبي) والحديث الذاتي المناسب (الايجابي).

ز- يوضّح المرشد أنّ الحديث الذاتي غير المناسب (السلبي) يلعب دوراً في استمرارية المشكلات، بينما الحديث الذاتي المناسب (الايجابي) يساعد الأفراد على حلّ المشكلات والنجاح.

الوقت: (55) دقيقة.

الهدف:

إنهاء الجلسة وتكليف الأعضاء بواجب بيتي.

نتيجة لهذا الهدف فإنّ على كل عضو:

1. أن يتهيأ للانتهاء من هذه الجلسة.
2. أن يحدّد الواجب المطلوب منه وكيفيّة القيام به.

الإجراءات:

1. يلخص المرشد ما دار في هذه الجلسة بشكل مختصر وسريع.
2. يقوم المرشد بتكليف الأعضاء بالواجب البيتي التالي:

أحد الطلاب يريد إلقاء كلمة من خلال الإذاعة المدرسية الصباحية، أذكر الحديث الذاتي غير المناسب (السلبي) قبل وأثناء وبعد الموقف.

الوقت: (10) دقائق.

الجلسة الرابعة

تهدف الجلسة إلى التدريب على التمييز بين الأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل والأفكار التي تساعد على التصرّف بشكل هادئ ومقبول في المواقف المختلفة.

الهدف (1):

الإجراءات:

أن يميّز الأعضاء بين الأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل (الهدامة للذات) (السلبيّة) والأفكار التي تساعد على التصرّف بشكل جيّد ومقبول (المعززة للذات) (الأفكار التكيفيّة)

نتيجة لهذا الهدف يُتوقع من الأعضاء:

1. أن يميّزوا بين الأفكار التي تسبّب لهم المتاعب والمشاكل (الهدامة) والأفكار التي تساعدهم على التصرّف بشكل جيّد ومقبول (التكيفيّة).
2. أن يستبدلوا الأفكار التي تسبّب لهم المتاعب والمشاكل (الهدامة) بأفكار تساعدهم على التصرّف بشكل جيّد ومقبول.

الإجراءات:

1. يرحّب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على حضورهم في الوقت المحدد.
2. يتم التعرّف على الأفكار التي تسبب المشاكل والمتاعب من خلال مناقشة الواجب البيتي، ويتم توضيح أنّ هذه الأفكار هي التي تساعد على استمرار المشكلات والمتاعب (الكفاءة الاجتماعيّة). كما يتم التعرّف على الأفكار الإيجابيّة (التكيفيّة)، وتتمّ الإشارة إلى أنّ هذه الأفكار هي التي تساعد على التصرّف بشكل هادئ ومقبول في المواقف الاجتماعيّة المختلفة.
3. يقوم المرشد بمناقشة فكرتين من الأفكار التي تساعد على التصرّف بشكل مقبول والتي يمكن أن يستخدمها الأعضاء في المواقف المختلفة، ثمّ يلعب دور أحد الطلاب الذي يرغب ولأول مرة في أن يشترك بنشاط يقدّم من خلاله موضوعاً

في الإذاعة المدرسية فيقول: "لقد تدرّبت جيّداً على قراءة هذا الموضوع وسأكون جيّداً عند تقديمه"، وهذه عبارة إيجابية تكيفيّة تتعلق بالموقف، وهناك عبارات أخرى تساعد على تقديم المهمة (الموضوع) بشكل جيّد، فقد أقول (فكّر وركّز على قراءة الموضوع بشكل صحيح دون تأتأة أو تلعثم)، وقد أقول (إبق هادئاً لا ترتبك، خذ نفساً عميقاً)، وهذا يساعد على أن أبقى هادئاً ومسترخياً، كما يمكن أن أشجع (أعزّز) نفسي بعد أداء المهمة بنجاح فأقول: (جيّد، لقد نجحت في تقديم الموضوع، وسأكون أفضل في مرّات قادمة)، ويوضّح المرشد أنّ هذه هي عبارات ذاتية إيجابيّة.

4. يطلب المرشد من أحد الأعضاء لعب نفس الدور الذي قام به المرشد، على أن يقوم باستخدام الأفكار التي تساعد على التصرّف بشكل جيّد (التكيفيّة) وبصوت مرتفع.

5. يقدّم المرشد الموقف التالي للأعضاء: أنت الآن في غرفة الصف، وتحاول أن تضايق الطلاب الآخرين وتسخر منهم وتهددهم لتعتدي عليهم. والمطلوب منك.

أ- أن تكتب الأفكار التي تسبّب لك المتاعب والمشاكل (الهدّامة) في مثل هذا الموقف.

ب- أن تكتب الأفكار التي تُساعد على التصرّف بشكل جيّد ومقبول في هذا الموقف (التكيفيّة).

ج- أن تتخيّل نفسك تقوم بهذا الموقف وتستبدل الأفكار التي تسبّب لك المتاعب والمشاكل (الهدّامة) بالأفكار التي تُساعدك على التصرّف بشكل جيّد ومقبول (التكيفيّة).

د- يقوم المرشد بتوضيح أنّ تفكير الطالب بأفكار تسبّب له المشاكل (سلبيّة) سيجعله ينتقل إلى الأفكار التي تساعده على التصرف بشكل جيّد ومقبول (الإيجابيّة)، وأنّه على الأعضاء أن يتحدّثوا بهذه الأفكار الجيّدة والمقبولة (التكيفيّة) بصوت مرتفع

أثناء الجلسات التدريبية إلى أن يعتادوا عليها وتصبح ممارستها بشكل خفـي وعـن طريق الحديث الذاتي.

(Cormier and Cormier, 1991)

الوقت: (65) دقيقة.

الهدف (2):

إنهاء الجلسة وإعطاء واجب.

ونتيجة لهذا الهدف فإنّ على كل عضو أن:

أ- يتهيأ للانتهاء من هذه الجلسة.

ب- يتعرّف على الواجب البيتي المطلوب منه.

الإجراءات:

1. يطلب المرشد من كل عضو أن يكتب موقفاً واحداً يوضّح من خلاله:
   - الأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل (الهدامة للذات).
   - الأفكار التي تُساعد على التصرّف بشكل جيّد ومقبول (التكيفيّة).
   - استبدال الأفكار بصوت مرتفع أولاً ثمّ عن طريق الحديث الذاتي.

الأدوات: السبّورة، الطباشير.

الوقت: (25) دقائق.

الجلسة الخامسة

التدريب على مهارة حل المشكلات (Problem solving)

تهدف هذه الجلسة إلى أن يتعرّف الطلاب على بعض خطوات حل المشكلات.

الهدف (1):

تهيئة الطلاب للجلسة ومناقشة الواجب البيتي.

نتيجة لذلك يُتوقع من الطلاب أن:

1. يناقشوا الواجب المتعلق بالأفكار التي تسبّب المتاعب والمشاكل (الهدامة للذات)، والأفكار التي تُساعد على التصرّف بشكل جيّد (التكيفيّة).
2. يتم مناقشة الواجب البيتي والتعرّف على الصعوبات التي واجهت الأعضاء أثناء حل الواجب في البيت، ويقوم المرشد بتعزيز الطلاب الذين أنجزوا الواجب بشكلٍ جيّد ويقدّم بعض الملاحظات على ما ذكروه.

أ- يقدّم المرشد مهارة حل المشكلات عن طريق طرح الأسئلة:

- هل تشعر أن هناك مشاكل لا تستطيع حلّها؟
- متى تشعر بذلك ولماذا؟ وهل فكّرت بحلّها؟

وبعد مناقشة هذه الأسئلة مع الطلاب يقدّم المرشد ورقة مكتوب عليها خطوات مهارة حل المشكلات ويطلب منهم أن يقرؤوها بصوتٍ مرتفع شكل رقم (1).

الوقت: (25) دقيقة.

الهدف (2):

توضيح خطوات مهارة حل المشكلات.

ونتيجة لهذا الهدف يُتوقع من الطلاب أن:

1. يتعرّفوا على بعض خطوات حل المشكلات.

الإجراءات:

1. يقوم المرشد بتقديم مهارة حل المشكلات مستعيناً بمشكلة واقعية وورقة خطوات مهارة حل المشكلات التي تم توزيعها على الطلاب، ومتّبعاً الخطوات التالية بالتفصيل:

تمرّ عمليّة حل المشكلات كما يظهر في الشكل (1) بخطوات متتابعة ومترابطة هي ما يلي:

أ- الوعي بوجود المشكلة:

وهو إحساس الشخص بوجود المشكلة، وهذا الإحساس هو ما يدفعه لإيجاد حل ناجح لها، لنفترض (أن أحد الزملاء يهدّدك باستمرار، ويقف في طريق عودتك للبيت ويضربك، وفي الصف ويأخذ أدواتك)، إنها لن تكون مشكلتك إلاّ إذا أحسست بها وإلاّ ستكون مشكلة أيّ شخص (معلمك، أهلك،... الخ) إلا أنت. إنّ الوعي بالمشكلة ووجودها هو الشرط الأساسي لبدء عمليّة حل المشكلات، والإحساس بها يفترض وجود حل نحاول الوصول إليه بالجهد الواعي (كالتفكير مثلاً).

ب- تحديد المشكلة (تعريفها، جمع المعلومات عنها):

إنّ تحديد المشكلة يعني أن تصفها بكلمات واضحة (غير غامضة) ومختصرة، ويعني بدلاً من أن تقول (المدرسة سيئة) أو (أنا أفقد أدواتي وأُضرَبْ) وتتضمن خطوة تحديد المشكلة جمع المعلومات حولها، وحتى نحصل على هذه المعلومات نطرح أسئلة ونجيب عليها ومن أجل حل مشكلتنا نطرح الأسئلة الآتية:

- لماذا يفعل ذلك؟ هل لديه مشاكل عائلية؟
- هل قمت أنا بإيذائه وأنا لا أتذكّر ذلك؟
- هل هو فقير لا يملك ثمن أدوات الدراسة

ما الموارد المتاحة التي يمكن الاستفادة منها في هذا المجال؟ أشخاص تلجأ إليهم مثلاً، وبالإجابة على هذه الأسئلة بشكل جيّد نحصل على المعلومات التي نحتاجها لحل المشكلة.

ج- توليد البدائل المحتملة كحلول للمشكلة:

هنا تبدأ عمليّة التفكير لإيجاد حلول للمشكلة، لكنّنا هنا علينا اتباع تعليمات معينة لتسهّل علينا إيجاد الحلول وهي:

أ- علينا أن نضبط أنفسنا ولا نصدر أحكاماً فورية (صح، خطأ، حلال، حرام) على البديل ومهما يكن غير ممكن التنفيذ. وذلك لأنّنا قد نستبعد بأحكامنا هذه بدائل جيّدة وذلك فقط لمجرد اعتقادنا بأنّها غير ممكنة أو لأنّها غير مألوفة.

ب- عليك أن تفكّر في أكبر عدد ممكن من البدائل، لأنّه كلّما زاد عددها زاد احتمال أن يكون الحلّ الأنسب بينها، وبالنسبة لمشكلتنا (قيام زميلي بضربي وأخذ أدواتي) يمكننا توليد بدائل كثيرة كما يلي:

1. أن أقوم بضربه.
2. أن أشكوه لوالده.
3. أن أخبر والدي عن الموضوع.
4. أن ألجأ للمعلّم وأخبره.
5. أن ألجأ للمرشد وأخبره.
6. أن ألجأ لإدارة المدرسة.

الوقت: (55) دقيقة

الهدف (3)

إنهاء الجلسة وتكليف الأعضاء بالواجب البيتي.

نتيجة لهذا الهدف فإن على كل عضو:

أ- أن يتهيأ للانتهاء من هذه الجلسة.

ب- أن يحدّد الواجب المطلوب منه.

الإجراءات:

1. يلخص المرشد خطوات مهارة حل المشكلات بشكل سريع ومختصر.
2. يقوم المرشد بتكليف الأعضاء بالواجب البيتي التالي:

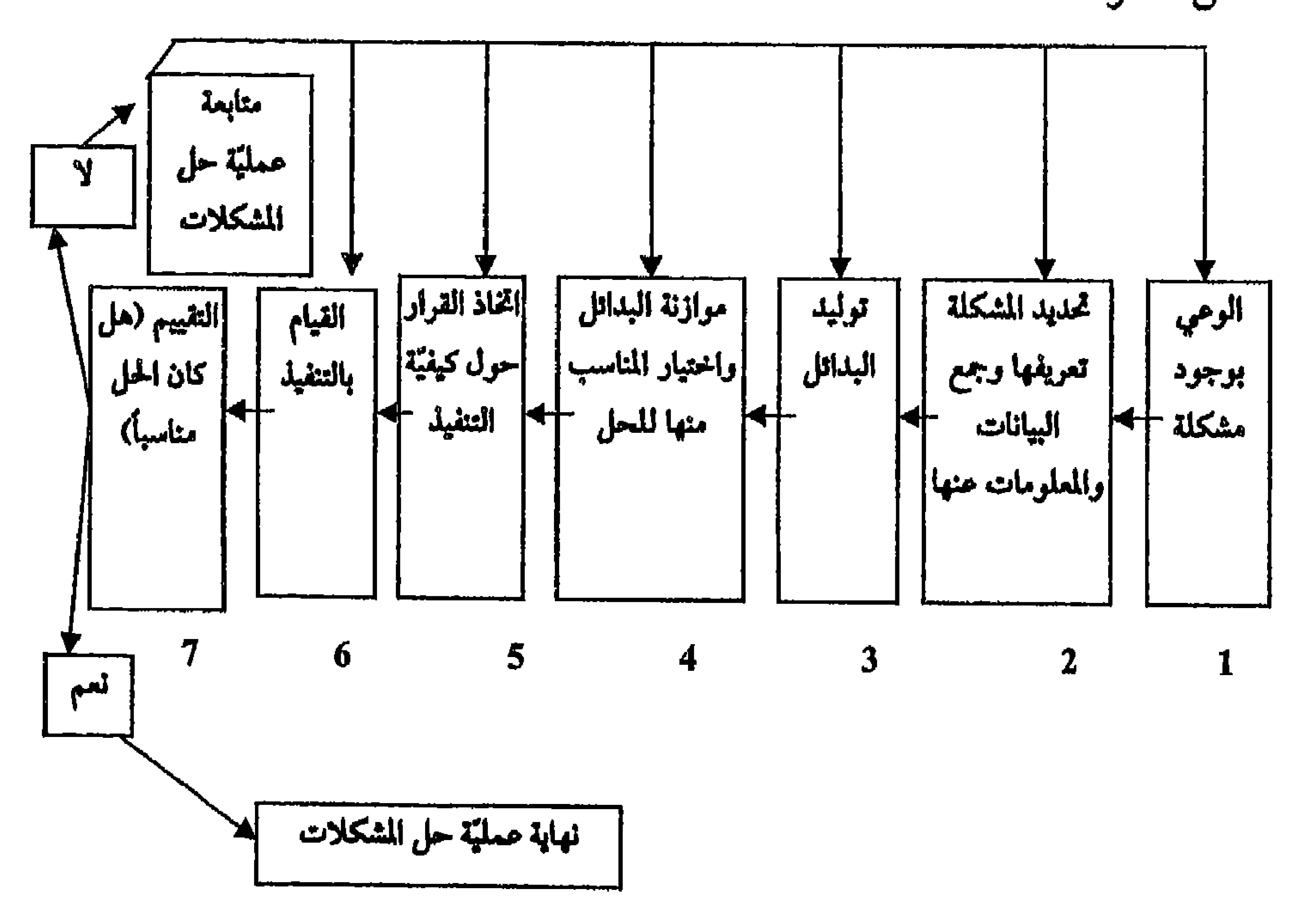
- يتم توزيع ورقة على كل طالب مكتوب عليها ما يلي: أحمد طالب في المدرسة يقوم بمضايقتك باستمرار، ويعطّل النشاطات التي تقوم بها، ويحاول أحياناً الاعتداء عليك بالضرب. ماذا تفعل لحل هذه المشكلة؟ مستعينا بالشكل رقم (1) خطوات مهارة حل المشكلات. (حدد المشكلة، ما هي البدائل المحتملة).

الوقت: (10) دقائق

شكل رقم (1)

مراحل عمليّة حل المشكلات

التوثيق: جامعة القدس المفتوحة، برنامج التكيّف والصحّة النفسيّة، جامعة القدس المفتوحة (1992).



نموذج موازنة (مقارنة) البدائل واتخاذ القرار (شكل رقم 2)

الرقم	البديل	النواتج الإيجابيّة		النواتج السلبيّة			
		القريبة	البعيدة	القريبة	البعيدة	الميل الشخصي/ تقدير من 10/1	فرص النجاح/ تقدير من 1/ 10

الجلسة السادسة

تهدف هذه الجلسة إلى أن يتعرّف الطلاب على بقية خطوات مهارة حل المشكلات.

الهدف (1):

تهيئة الطلاب للجلسة ومناقشة الواجب البيتي.

نتيجة لذلك يُتوقع من الطلاب أن:

1. يناقشوا الواجب المتعلق بمهارة حل المشكلات.
2. يتهيأ الأعضاء ليتعرّفوا على خطوات (مراحل) مهارة حل المشكلات.

الإجراءات:

1. يرحّب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على حضورهم.
2. يتم مناقشة الواجب البيتي والتعرّف على الصعوبات التي واجهت الأعضاء أثناء حل الواجب في البيت، ويقوم المرشد بتعزيز الطلاب الذين أنجزوا الواجب بشكلٍ جيّد ويقدّم بعض الملاحظات على ما ذكروه.

الوقت: (25) دقيقة.

الهدف (2):

التعرّف على بقية خطوات مهارة حل المشكلات.

ونتيجة لذلك يُتوقع من الطلاب أن:

1. يتعرّفوا على بقية خطوات حل المشكلات بشكل مفصل.
2. يشعروا أنّهم قادرون على حلّ مشكلة معينة من خلال اتباع خطوات مهارة حل المشكلات.

الإجراءات:

يقوم المرشد بتقديم مهارة حل المشكلات مستعيناً بمشكلة واقعية (ضرب الطلاب وأخذ أدواته)، ومستعيناً بورقة خطوات مهارة حل المشكلات شكل رقم (1) التي يتم توزيعها على الطلاب، ثمّ يلخّص خطوات مهارة حل المشكلات التي تمّ

مناقشتها في الجلسة السابقة، وذلك تمهيداً للتعرّف على بقية خطوات حل المشكلات، ويقول لقد تعرّفنا على خطوات حلّ المشكلات وهي

أ- الوعي بوجود مشكلة

ب- تحديد المشكلة

ج- توليد البدائل

د- موازنة ومقارنة البدائل.

د- موازنة ومقارنة البدائل واختيار المناسب منها للحل:

وهنا نقوم بعدّة خطوات هي:

1. يوزع المرشد نموذج مقارنة البدائل (شكل رقم (2))
2. نأخذ كل بديل مطروح ونفكّر فيه
3. نسأل ما هي النتائج الإيجابيّة والسلبيّة (القريبة والبعيدة) لهذا البديل (شكل رقم 2)
4. يتم رسم تقدير مدرج من (1 – 10) لتقدير درجة ميل الشخص نحو البديل. (شكل رقم 2)
5. يتم رسم تقدير من (1 – 10) من أجل تقدير (فرص النجاح).

يتم مخاطبة الطلاب بالشكل التالي: أنظروا إلى الشكل (2) الذي يمثّل نموذج موازنة (مقارنة) البدائل واتخاذ القرار. ودعونا نطبّق عليه البديل الأول المطروح لحلّ مشكلتنا ثمّ البديل الثاني، وهكذا نقوم بتكرار هذه العمليّة مع كل بديل، ثمّ كخطوة أخيرة نقوم باستخدام سلّم الميل الشخصي وسلّم فرص النجاح البديل، وذلك من أجل تحديد البديل الأكثر إيجابيّة. (الذهاب إلى المرشد) لأنّه سيساعد على حلّ المشكلة.

- يسأل المرشد هل يكفي ما سبق من خطوات لحل المشكلة أم أنّنا بحاجة إلى تنفيذ الحل؟ إذاً سنناقش كيفية التنفيذ.

هـ- اتخاذ القرار حول كيفية تنفيذ البديل أو البدائل التي تم اختيارها:

بعد موازنة ومقارنة البدائل يتم التوصّل إلى بديل مناسب، ثمّ نقوم بتحديد كيفيّة تنفيذه.

و- اتخاذ الإجراءات التنفيذية:

لقد وصلنا إلى أهم خطوة في العمليّة بكاملها، فهنا قد يتوقف الطالب ويكتفي بما تمّ وما فعله (وهو التفكير في المشكلة) ثمّ لا ينتقل لخطوة التنفيذ، والسبب في أنّ الأشخاص من عاداتهم الارتياح للوضع الراهن حتى لو كان يشكّل مشكلة لهم، لأنّ التغيير يتطلب تضحية قد تكون غير مرغوبة. فالطالب الذي يحتاج لحلّ المشكلة (الضرب وأخذ الأدوات) قد يضطر للتضحية ببعض الوقت، والمطالبة بحقوقه (يكون مؤكّداً لذاته) بحيث يشرح مشكلته بوضوح، وهنا القاعدة تقول: كلّما كانت رغبة الفرد في التخلّص من مشكلته أشد زاد احتمال تقدمه نحو التنفيذ. وهناك قاعدة أخرى تقول: كلّما زاد التشجيع (الدعم الاجتماعي) المقدّم للطالب (الفرد) ممن حوله زادت احتمالية التنفيذ. وهذا معناه أنّ من يواجه عرقلة من قبل أصدقائه، أهله، زملائه، أثناء خطوة التنفيذ فإنّه سيصعُبُ عليه التقدّم نحو الحل

ز- تقييم فاعلية الحل وتطبيق عمليّة حل المشكلات من جديد على أيّة مشكلات متبقية:

يحتاج الطالب إلى معرفة مدى نجاح البديل المطبّق كي يقرّر هل يستمر في تطبيقه أم لا، ويحدّد هل يتحرّك نحو الحل أم لا.

وللمساعدة في ذلك يختار الطالب معياراً معيناً مثلاً: معدل عدد مرات التهديد والضرب وعدد الأدوات المأخوذة حالياً، والمعدّل المطلوب بعد تنفيذ البديل، إنّ المقارنة بين المستويين يُعطي فكرة عن درجة التحسّن ومقدار التغيّر.

وفي حالة كون البديل غير فعّال قد يحدث مشكلات للطالب فمثلاً (إذا لم يتعاون المرشد في حلّ المشكلة فإنّ هذا سيؤثر على الطالب سلباً مّما قد يؤدي إلى زيادة

معدّل التهديد والضرب، وبالتالي فإنّ الطالب يحتاج إلى إعادة عمليّة حلّ المشكلات من جديد، وذلك لأنّ التقييم أظهر سلبيات أكثر من إيجابيات البديل المطبّق.

- يعيد المرشد ويكرر نمذجة مشكلة (ضرب الطالب وأخذ أدواته)، ويوضّح خطوات مهارة حلّ المشكلات من خلال مناقشة الطلاب.

الوقت: (55) دقيقة.

الهدف (3)

إنهاء الجلسة وتكليف الأعضاء بواجب بيتي.

نتيجة لهذا الهدف فإنّ على كل عضو:

1. أن يتهيأ للانتهاء من هذه الجلسة
2. أن يتعرّف على الواجب البيتي المطلوب منه.

الإجراءات:

1. يلخّص المرشد خطوات مهارة حل المشكلات بشكل سريع ومختصر.
3. يقوم المرشد بتكليف الأعضاء بالواجب البيتي التالي: (تمّ توزيع الواجب البيتي للجلسة السابقة مكتوباً وطلب من الأعضاء أن يقوموا بجميع خطوات مهارة حلّ المشكلات، مستعينين بالشكل رقم (1) خطوات مهارة حلّ المشكلات، والشكل رقم (2) مقارنة البدائل.

الوقت: (10) دقائق

الجلسة السابعة

تهدف هذه الجلسة إلى أن يتدرّب الطلاب على مهارة حل المشكلات.

الهدف (1):

تهيئة الطلاب للجلسة ومناقشة الواجب البيتي.

نتيجة لذلك يُتوقع:

1. أن يناقش الأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يتهيّأ الأعضاء ليمارسوا التدريب على مهارة حلّ المشكلات.

الإجراءات:

1. يرّحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على التزامهم وحضورهم.
2. يتم مناقشة الواجب البيتي والتعرّف على الصعوبات التي واجهت الأعضاء أثناء حلّ الواجب في البيت، ويقوم المرشد بتعزيز الطلاب الذين أنجزوا المهارة بشكل جيّد، ويقدّم بعض الملاحظات على ما ذكروه.

الوقت: (25) دقيقة.

الهدف (2):

1. أن يمارس الأعضاء مهارة حلّ المشكلات.

ونتيجة لذلك:

أ- يتعرّف الأعضاء على خطوات مهارة حلّ المشكلات.

ب- يقوم الأعضاء بلعب الأدوار على مهارة حلّ المشكلات.

ج- يقدّم المرشد التغذية الراجحة للأعضاء.

الإجراءات:

1. يسأل المرشد الطلاب أن يعددّوا خطوات عمليّة حلّ المشكلات كما هي في ورقة مراحل عمليّة حلّ المشكلات.

2. يقدّم المرشد مثالا لحل المشكلات ويقوم بمناقشته مع أعضاء المجموعة ثم يطلب منهم أن يقوموا بلعب الأدوار لمشكلة يحدّدها الطلاب ويرغبوا باستخدام هذا الأسلوب في حلّها.
3. بعد قيام الطلاب بلعب الأدوار يقدّم المرشد التغذية الراجعة لهم ويسألهم عن المشكلات التي تواجههم ويرغبون باستخدام أسلوب حلّ المشكلات في حلّها. وبع الاستماع لاستجابات الطلاب يقول لهم جميعنا يواجه مشكلات في الدراسة، في العمل مع الأهل أو الأصدقاء أو المعلمين أو إدارة المدرسة. وكلّنا نمتلك طرقاً معينة لمحاولة حل مشكلاتنا والتخلص منها، فمنّا من ينسحب ويستسلم لها، ومنّا من يواجهها حتى يجد حلاً. وأسلوب حلّ المشكلات هو مهارة حياتية، وباكتساب هذه المهارة نستطيع حلّ المشكلات التي تواجهنا وإيجاد الحلول الأنسب لها. ويكلّف المرشد الأعضاء بواجب بيتي وهو أن يحدّد كل طالب مشكلة تواجهه ثمّ يحاول تطبيق خطوات مهارة حلّ المشكلات عليها.

الوقت: (65) دقيقة.

الجلسة الثامنة

التدريب على مهارة السلوك الحضوري والإصغاء للمحتوى

تتضمن هذه الجلسة التدريب على مهارة السلوك الحضوري (إظهار الاحترام والاهتمام بالشخص الآخر)

الهدف (1)

تهيئة الطلاب للجلسة ومناقشة الواجب البيتي.

نتيجة لذلك يتوقع من الطلاب أن:

أ- يناقشوا الواجب البيتي المتعلق بمهارة حلّ المشكلات.

ب- يتهيئوا ويتعرّفوا مهارة التدريب على السلوك الحضوري والإصغاء للمحتوى

الإجراءات:

1. يرّحب المرشد بالأعضاء ويشكرهم على حضورهم.
2. يناقش المرشد مع الأعضاء الواجب البيتي ويتعرّف على المشكلات التي واجهت الأعضاء أثناء تطبيق مهارة حلّ المشكلات، ويقدّم التغذية الراجعة.
3. يقدّم المرشد مهارة السلوك الحضوري قائلاً: سنتعلّم اليوم كيفيّة مقابلة الأشخاص (أداء السلوك الحضوري)، أي أن تُظهر للشخص الآخر الاحترام، والتقدير، والاهتمام والعناية به، والاندماج معه، وإقامة أساس ابناء علاقة جيّدة معه".

(Al – daoud, 1989)

الوقت: (15) دقيقة.

الهدف (2)

1. أن يميّز الأعضاء بين الحضور الجسمي الإيجابي والحضور الجسمي السلبي.
2. أن يمارس الأعضاء إظهار الاحترام والاهتمام عند مقابلة الأشخاص الآخرين. (السلوك الحضوري الإيجابي).

ونتيجة لذلك يتوقع من الأعضاء أن:

أ- يتعرّفوا على السلوك الحضوري التالي:

- مواجهة الشخص الآخر.
- القيام بعمل اتصال بصري معه.
- اتخاذ وضعاً جسمياً منفتحاً ومسترخياً.

ب- يمارسوا الاحترام والاهتمام بالأشخاص الآخرين (سلوك الحضور الإيجابي).

الإجراءات:

1. يتمّ تفسير أعضاء المجموعة إلى أزواج.
2. يقوم المرشد بتوزيع بطاقة السلوكيّات غير الحورية على كل عضو (شكل رقم (1)، وبحيث تكون بطاقتا كل زوج متشابهتين (دون أن يعرف أحدهما ما هو مكتوب على بطاقة زميله).
3. يطلب المرشد من الأعضاء أن يتحدّثوا لمدة (2 – 3) دقيقة، بحيث يتمثلون ويلعبون الدور المكتوب على البطاقة.
4. يقوم المرشد بإيقاف الحوار ثمّ يقوم بجمع البطاقات من الأعضاء.
5. يقوم المرشد بتوزيع بطاقات السلوك الحضوري (شكل رقم (2) على كل زوج.

المجموعة الخامسة (4)

6. يطلب المرشد من الأعضاء أن يتحدّثوا في أيّ موضوع لمدة (2 – 3) دقائق تقريباً على أن يقوموا بإتباع التعليمات المكتوبة على بطاقات السلوك الحضوري (شكل رقم (2)).
7. يقوم المرشد بمناقشة الأعضاء في التمرين، ويتمّ التعرّف على أفكار ومشاعر الأعضاء حول التمرين.
8. يمرّر المرشد على الأعضاء ورقة السلوكيّات الحضورية الإيجابيّة.
9. يطلب المرشد من بعض الأعضاء قراءتها بصوتٍ مرتفع.

10. يقدم المرشد أمثلة لبعض السلوكيّات الحضورية، ثمّ يقوم باختيار عدد من الأعضاء ليقوموا بتمثيل هذه السلوكيّات.

11. يطلب المرشد من كل زوج أن يتحدّثا مع بعضهما البعض على أن يتّبعا تعليمات ورقة السلوكيّات الحضورية الإيجابيّة لمدة (2 – 3) دقيقة.

12. يطلب المرشد من الأعضاء أن يعودوا إلى الجلسة الدائرية ويهيئهم للانتهاء من الجلسة.

الوقت: (20) دقيقة.

شكل رقم (2)

بطاقات السلوكيّات غير الحضورية
تجلس بشكلٍ مسترخٍ جداً حيث تبدو شبه نائم أثناء تحدّث الشخص
تجلس وكأنك متجمد لا تُحرّك أيّ شيء في جسمك
تتململ بشكل مستمر وكأنك زهقان
ترتّب ملابسك وساعتك باستمرار أثناء حديث زميلك معك
أنظر جانباً، وحاول أن لا تنظر إلى الشخص الذي يحدّثك
أنظر إلى الحائط والصور الموجودة عليه أثناء حديث زميلك معك
قم بفك ربّاط حذائك ثمّ اربطه ثانية أثناء حديث زميلك معك
قم بهز رجليك باستمرار وبسرعة وأقضم أظافرك

شكل رقم (3)

بطاقات السلوكيّات الحضورية

- واجه الشخص الآخر - قم بعمل اتصال بصري معه - مل باتجاه الشخص الآخر قليلاً. - اتخذ وضعاً جسمياً منفتحاً ومسترخياً.

- واجه الشخص الآخر - قم بعمل اتصال بصري معه - مل باتجاه الشخص الآخر قليلاً. - اتخذ وضعاً جسمياً منفتحاً ومسترخياً.

- واجه الشخص الآخر - قم بعمل اتصال بصري معه - مل باتجاه الشخص الآخر قليلاً. - اتخذ وضعاً جسمياً منفتحاً ومسترخياً.

الهدف (3)

أن يمارس الأعضاء مهارة الإصغاء للمحتوى.

نتيجة لهذا الهدف يتوقع من الأعضاء أن:

- يتعرّفوا على خطوات الإصغاء الهامة وهي: الاتصال البصري، والسلوك الحضوري الإيجابي، والانتباه لما يقوله الشخص الآخر (المحتوى)، وقول شيء يُظهر أنّ الشخص مصغ للشخص الآخر.

1. يتم تقسيم مجموعة العمل إلى مجموعات صغيرة تتكوّن كلّ واحدة منها من (3) أعضاء.

2. يتم تقسيم المجموعة الواحدة إلى:

أ- يقوم أحد الأعضاء بالحديث عن أيّ موضوع يريد.

ب- يستمع العضو الثاني للأول، ويعيد أهمّ ما سمعه منه.

ج- يراقب العضو الثالث إجابة العضو الثاني ويقول ماذا نسي من معلومات هامّة (محكّم).

3. يتم عكس الأدوار في كل مجموعة بعد (2 – 3) دقائق، كي يستمع كل الأعضاء، ويُعيدوا صياغة ما سمعوه بكلماتهم الخاصة.

4. يقوم المرشد بقراءة جمل ويطلب من الأعضاء أن يعيدوا أهمّ ما سمعوه. (ورقة عكس المشاعر والمحتوى) المرفقة.

5. يلاحظ المرشد أثناء الاستماع والحديث الاتصال البصري، والسلوك الحضوري، والانتباه لما يقوله الشخص الآخر، وإعادة الصياغة لدى الأعضاء ويقدّم التغذية الراجعة.

الوقت: (20) دقيقة.

شكل رقم (4)

جمل عكس المشاعر والمحتوى

1. **لديّ الكثير من الأعمال التي يجب أن أقوم بها ولا أعرف من أين أبدأ.**
2. **أنا قلق على صديقي فهو يبدو محبطاً ويائساً.**
3. **العطلة على الأبواب، ماذا سأفعل.**
4. **سوف نذهب إلى العقبة في العطلة.**
5. **لابد أن تدخل أمي المستشفى.**
6. **يا الله، عملت كثيراً هذا اليوم.**
7. **لست متأكداً أنّه سيتمّ اختياري لفريق كرة القدم في المدرسة.**
8. **لا أستطيع أن أدرس لامتحاني مع كل هذا الإزعاج والضجيج.**
9. **أظن أنّي سأرسب هذا العام (Al – Daoud, 1989).**

الهدف (4)

1. أن يمارس الأعضاء مهارة السلوك الحضوري (إظهار الاحترام والاهتمام بالشخص الآخر)
2. أن يمارس الأعضاء مهارة الإصغاء وإعادة الصياغة.

ونتيجة لذلك يتوقع من الأعضاء أن

أ- يمارسوا السلوك الحضوري الإيجابي.
ب- يمارسوا الإصغاء وإعادة الصياغة.

الإجراءات:

1. يلخّص المرشد مهارة السلوك الحضوري قائلاً: سنتدرّب اليوم كيفيّة أداء السلوك الحضوري، أي أن نُظهر للشخص الآخر الاحترام، والتقدير، والاهتمام والعناية به، والاندماج معه)، وأهم شيء كما تعلّمنا أن نواجه الشخص الآخر بالاتصال بصري معه، ونتّخذ وضعاً جسمياً منفتحاً ومسترخياً.
2. يلخّص المرشد مهارة الإصغاء قائلاً: أثناء مقابلتنا للأشخاص الآخرين فإنّنا نلاحظ تعابير ومشاعر على وجوههم، وقد تعبّر هذه المشاعر عن (الغضب، الفرح، الحزن، الخوف، الدهشة،... الخ)، ومن المهم أن نتعرّف على هذه المشاعر، وذلك عن طريق الإصغاء جيّداً لما يقولونه، ولكي يعرف الشخص الآخر أنّك تدرك مشاعره وانفعالاته لابدّ على ما يقوله أو على ما يعبّر عن وجهه.
3. يتمّ تقسيم أعضاء المجموعة إلى أزواج.
4. يقدم المرشد أمثلة لبعض السلوكيّات الحضورية وبعض السلوكيّات غير الحضورية أمام الأعضاء.
5. يوزع المرشد بطاقات السلوك الحضوري على كل مجموعة.
6. يطلب المرشد من الأعضاء في كل مجموعة أن يقوموا بالحديث لمدة (2 – 3) دقيقة، بحيث يلعبون الدور المكتوب على البطاقة. ثمّ يقوم المرشد بإيقاف الحوار وجمع البطاقات من الأعضاء، وعرض بعضها على جهاز عرض الشفافيات.

7. يقوم المرشد بقراءة بعض الجمل المكتوبة على (شكل رقم (2)) المرفق، ويطلب من الأعضاء أن يذكروا الكلمة أو الجملة التي تصف شعور الشخص في هذه الجملة.

من خلال المناقشة يوضّح المرشد للأعضاء أهميّة الاستجابة اللفظية لمثل هذه المشاعر.

الوقت: (20) دقيقة.

الهدف (5)

1. أن يتهيأ الأعضاء للانتهاء عن الجلسة.
2. أن يتعرّف الأعضاء على الواجب البيتي.

الإجراءات:

- يقوم المرشد بإعطاء الأعضاء واجباً بيتياً مكتوباً وهو أن يقوم كل عضو بالحديث مع احد أفراد عائلته (الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت) ثمّ يقوم بتقييم نفسه من حيث:

1	الاتصال البصري بشكلٍ	ممتاز	جيّد	متوسط	ضعيف
2	مواجهة الشخص الآخر بشكلٍ				
3	الوضع الجسمي كان منفتحاً ومسترخياً بشكلٍ.				
4	معرفة مشاعر الشخص الآخر بشكلٍ.				
5	استجابتك (ردّك) على مشاعر الشخص الآخر بشكلٍ.				

الوقت: (15) دقائق

الجلسة التاسعة
التدريب على مهارة تأكيد الذات

هدف هذه الجلسة هو التعرّف على أنماط الاستجابات الثلاث: العدوانية، والمذعنة، والمؤكّدة للذات.

الهدف (1)

أن يتهيأ الأعضاء للجلسة ومناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

1. يقوم المرشد بالترحيب بالأعضاء ويشكرهم على حضورهم.
2. يقوم المرشد بمناقشة الواجب البيتي مع الأعضاء.

الوقت: (15) دقائق

الهدف (2)

- أن يميّز الأعضاء السلوكيّات الثلاث (المؤكّدة، والعدوانية، المذعنة).

نتيجة لهذا الهدف يتوقّع من الأعضاء:

- أن يتعرّفوا على معنى تأكيد الذات.
- أن يدركوا الفروق بين الاستجابات الثلاث: العدوانية، والمذعنة، والمؤكّدة للذات.

الإجراءات:

1. يقوم المرشد بتعريف تأكيد الذات ويقول: (إذا قام الواحد منّا بالدفاع عن حقوقه دون أن يتعدى على حقوق الآخرين فهو مؤكّد لذاته)، وهذا يعني أن نقوم بالتعبير عن مشاعرنا بطريقة مناسبة، أي أن نطالب بحقوقنا دون أن نهدّد أو نعاقب الآخرين.
2. يقدّم المرشد المثال التالي: عندما يأخذ أحدهم قلمي دون أن يستأذن أو يطلبه منّي، فإنّ ما يمكن أن أفعله أو أقوله:

أ- أترك الموقف يمر دون أن أقول شيئاً. (عدم التأكيد)

ب- أقوم باتهام الشخص بالسرقة أو أغضب أو أتهجّم عليه بصوتٍ عالٍ أو أقوم بالاعتداء عليه. (عدوانية)

ج- أقول له لو سمحت هذا قلمي وإذا أردت أن تستخدمه فاستأذن، أتفاعل مع الموقف بحيث احصل على حقّي دون الاعتداء على حقوق الآخرين (تأكيد الذات).

3. يقوم المرشد بقراءة المثال المثال السابق أمام الطلاب، ويكرّر التعريف بنمط كل سلوك.
4. يطلب المرشد من الطلاب أن يقوموا بلعب السلوك أمام الأعضاء ويقدّم التغذية الراجعة.
5. يقدّم المرشد مثالاً آخر ويقوم بلعب الدور مع أحد الطلاب والمثال هو: قام الابن بشراء ملابس لم تعجب والده، وترّف الابن مع والده بطريقة عدوانية لأنّ والده لم يستحسن الملابس التي اشتراها.
6. يتم تقسيم كل مجموعة إلى أزواج وتحديد من هو (أ) ومن هو (ب).
7. يكلّف المرشد الأزواج بان يقوموا بلعب الدور التالي لعدّة دقائق:

أ- أنت أب ولا تعجبك الملابس التي اشتراها ابنك.

ب- أنت الابن وتتصرف بطريقة عدوانية مع أبيك لأنّه لم يستحسن الملابس التي اشتريتها.

8. يطلب المرشد من الأزواج أن يقوموا بتبديل الأدوار بحيث (أ) يصبح (ب) و(ب) يصبح (أ).
9. يتم إعادة الإجراءات السابقة بعد الحديث عن السلوك المذعن وكيف أنّ هؤلاء الأشخاص يُظهرون نقصاً في احترام حاجاتهم وحقوقهم الخاصّة، ويقومون بذلك بطرق مختلفة، فهم يخافون من التعبير عن مشاعرهم وحاجاتهم وقيمهم واهتماماتهم بشكلٍ صادق، وينكرون حقوقهم ويتجاهلون حاجاتهم.

10. يتم استخدام الموقف التالي للعب الدور: (أ) يطلب أن يقترض قلم الرصاص من (ب)، مع العلم أنّ (أ) يمتلك قلم رصاص وموجود معه و (ب) لا يمتلك إلا قلماً واحداً ويحتاجه ليكتب به. ومع ذلك يقوم (ب) بإقراض قلمه لـ (أ).

الهدف (3)

أن يتمكّن الأعضاء من تحديد السلوكيّات العدوانية والمذعنة والمؤكدة للذات التي يقومون بها ويتدرّبون عليها.

نتيجة لذلك يتوقع من الأعضاء أن:

1. يقرأ المرشد الموقف التالي: أنت طالب رفعت يدك عدّة مرات خلال الحصّة لتجيب على أسئلة المعلّم، يسأل غيرك من الطلاب عدّة مرّات، ولم يسألك أيّ سؤال. شعرت بعدم الرضى وفكّرت ماذا تفعل؟.
2. يسأل المرشد الأعضاء ليحدّدوا أي الاستجابات التالية: عدوانية أو مذعنة أو مؤكدة للذات:

أ- أسكُتْ وأتجاهل الموضوع بالرّغم من أنّني أحبّ المشاركة في الحصّة وبهذه الطريقة لن يتاح لي الاشتراك.

ب- أقوم بالاعتداء على أحد الطلاب من أجل أن ألفت انتباه المعلم.

ج- أخاطب المعلم قائلاً: لو سمحت يا أستاذ، أنا أرفع يدي منذ بداية الحصّة وأرغب بالمشاركة ولكنّك لم توجه لي أيّ سؤال، ويبدو أنّ عدد طلاب الصّف الكثير هو السبب، حبذا لو أتحت لي فرصة المشاركة.

3. يعلّق المرشد على أنواع الاستجابات الثلاث ويحدّد أنواعها ويتم مناقشتها، ثمّ يقوم المرشد وأحد الطلاب بلعب الدور.
4. يطلب المرشد من الأعضاء من الأعضاء أن يقوموا بلعب الدور، حيث يلعب أحد الطلاب دور المعلّم، والآخر يلعب دور الطالب، والآخرون يلعبون دور بقيّة طلاب الصف، وبعد الانتهاء من لعب الدور يناقش المرشد مع الأعضاء ما شاهدوه ويقدّم التغذية الراجعة.

الوقت: (15) دقيقة.

الهدف (4)

أن يحدّد الأعضاء الاستجابات المؤكدة للذات لمجموعة من المواقف المختلفة، ونتيجة لذلك يتوقع من الأعضاء أن:

1. يستطيعوا تحديد الاستجابة المؤكّدة للذات لمجموعة من المواقف والتي تمّ إعدادها مسبقاً في ورقة المواقف (هذا هو أنا)

الإجراءات:

1. يقول المرشد: تواجهنا الكثير من المواقف في حياتنا اليومية، ونحن نستجيب لهذه المواقف إما بالانسحاب أو التنازل، أو الاعتداء على الغير، علينا أن نتعلّم كيف نحصل على حقوقنا دون أن نعتدي على الآخرين، ولكن ليس على حساب مصالحنا وحقوقنا. ثمّ يقرأ المرشد العبارة الأولى من ورقة المواقف (هذا هو أنا) التي يتم توزيعها على الطلاب ويستمع إلى استجابات جميع الأعضاء عليها.
2. يقوم المرشد والأعضاء بمناقشة هذه الاستجابات.
3. يستمر المرشد بقراءة العبارة الثانية والثالثة.. ومناقشتها عبارة، عبارة حتى نهاية هذه المواقف.
4. يقدم المرشد أمثلة لبعض المواقف.
5. يطلب من الطلاب أن يلعبوا الدور لبعض المواقف ويقدّم التغذية الراجعة.

الوقت: (15) دقيقة.

ورقة المواقف (1)
هذا هو انا

عندما يقف أمامي شخص ما وأنا في قطار الباص، ما يمكن أن أفعله أو أقوله هو

عندما يقاطعني أحدهم بشكل مستمر ومتكرر، ما يمكن أن أفعله أو أقوله هو

عندما يشتمني أحدهم، ما يمكن أن أفعله أو أقوله هو

عندما يأخذ أحدهم قلمي دون أن يطلبه مني، ما يشتمني أحدهم، ما يمكن أن أفعله أو أقوله هو

عندما ينتقد المدرّس عملي، ما يشتمني أحدهم، ما يمكن أن أفعله أو أقوله هو

---

1. وأنا أدخل للصّف، رأيت أحد الطلاب جالساً في مقعدي، ما يشتمني أحدهم، ما يمكن أن أفعله أو أقوله هو

---

2. ينشر (يروّج) أحدهم الإشعاعات حولي، ما يشتمني أحدهم، ما يمكن أن أفعله أو أقوله هو

الهدف (5)

أن يتدرّب الأعضاء على الاستجابات الثلاث: العدوانية، والمذعنة، والمؤكدة للذات، ويميّزوا بينها.

نتيجة لذلك يتوقع من الأعضاء أن يتدرّبوا على الاستجابات الثلاث (العدوانية والمذعنة والمؤكّدة للذات) ويميّزوا بينها.

الإجراءات:

1. يقوم المرشد بتوزيع ورقة النتائج رقم (2). على جميع الأعضاء
2. يقوم المرشد بقراءتها ثمّ يطلب من أحد الأعضاء قراءتها ويتم مناقشتها من قبل المجموعة.
3. يقسّم المرشد الأعضاء إلى أزواج.
4. يوزّع المرشد على كل زوج ورقة رقم (3) ويطلب المرشد من الأعضاء إكمالها كما هو موجود في ورقة (2).
5. يمنح المرشد الوقت الكافي للأعضاء، ويتم جمع الأوراق.
6. يطلب المرشد من الأعضاء أن يجلسوا بطريقة دائرية.
7. تتم مناقشة النتائج مع الأعضاء.
8. يعلّق المرشد على نتيجة أن يكون الإنسان عدوانياً أو مذعناً، أو مؤكّداً لذاته، ويطلب من الأعضاء أمثلة من مواقف حدثت مع الأعضاء في الواقع.

الوقت: (15) دقيقة.

الهدف (6)

إنهاء الجلسة والتعرّف على الواجب.

يتوقع من الأعضاء نتيجة لذلك أن:

أ- يتهيئوا لإنهاء الجلسة.

ب- يتعرّفوا على الواجب المعطى لهم.

الإجراءات:

1. يقوم المرشد بتوزيع ورقة رقم (4)، على الأعضاء كواجب بيتي.

الوقت: (15) دقيقة.

ورقة النتائج رقم (2)

الموقف: اشترى أحمد (أخوك الأكبر) ستيريو جديد وهو يشغّله بصوتٍ عالٍ جداً (لتجربته)، وأنت (محمّد) عندك اختبار هام غداً، وقد حاولت أن تتفهّم ذلك ولكن أخاك استمرّ في تشغيل الستيريو بصوتٍ عالٍ جداً، حتى أنك أصبحت تسمع الأشياء تهتز.

الاستجابة العدوانية: تهجم على الغرفة وتأمر أخاك بإغلاق الستيريو وإلاّ. أو تسحب الفيش من الحائط وتقوم بخفض الصوت بنفسك (استخدام الإجبار الجسدي للتعامل مع الضجّة).

الاستجابة المذعنة: لا بفعل شيء ويغلي من الداخل ويراكم الكثير من الغضب، أو يلبس سدّادات من القطن أو واقيات الأذن، أو أي سلوك آخر يتضمّن تفادي مواجهة الأخ.

الاستجابة المؤكّدة للذات: يقول محمّد: "أنا أعرف أنّك تريد تجربة الستيريو ولكن أنا عندي اختبار غداً، ولا أستطيع الدراسة والصوت مرتفع بهذا العلو"، أو يقول محمّد: "لقد حاولت أن أتجاهل صوت الموسيقى ولكن الصوت عالٍ جداً حتى أنني لم أستطع أن أفكّر بشكلٍ سليم، لو سمحت أخفض الصوت".

ورقة النتائج رقم (3)

الموقف: اشترى خالد قميصاً من السوق، وعندما ذهب به إلى البيت وجد أنّ هناك عيباً في القماش، رجع خالد إلى البائع وأخبره بذلك وحاول تبديله، إلاّ أن البائع لم يقبل أن يبدله.

الاستجابة العدوانية: ما سيقوله أو يفعله خالد...

الاستجابة المذعنة: ما سيفعله خالد........

الاستجابة المؤكّدة للذات: ما سيقوله خالد..،....

ورقة رقم (4)

الموقف: انتقد والد محمد قصّة الشعر التي قصّها محمد.

الاستجابة العدوانية: ما سيقوله محمد...........

الاستجابة المذعنة: ما سيقوله محمد...........

الاستجابة المؤكّدة للذات: ما سيقوله محمد...........

الجلسة العاشرة

تهدف هذه الجلسة إلى تقييم ما سبق والحصول على تغذية راجعة من الطلاب.

الهدف (1)

أن يتهيأ الأعضاء لهذه الجلسة.

مناقشة الواجب البيتي ورقة رقم (4)، والإجابة على استفسارات الأعضاء.

نتيجة لذلك فإنّ الأعضاء:

أ- يتهيئون لهذه الجلسة.

ب- يناقشون الواجب البيتي ورقة رقم (4)، ويقدّم المرشد التوضيحات والتفسيرات لأيّ صعوبة واجهت الأعضاء أثناء تطبيق الواجب.

الإجراءات:

1. يرحّب المرشد بالأعضاء ويعزّزهم لقيامهم بأداء الواجبات المختلفة المطلوبة منهم.
2. يتم مناقشة الواجب رقم (4)، والصعوبات التي واجهت الطلاب ويقدّم المرشد التغذية الراجعة.

الأدوات: السبّورة، الطباشير

الوقت: (25) دقيقة.

الهدف (2)

أن يقوم الطلاب بتقييم البرنامج.

نتيجة لذلك فإنّه يتوقع من الأعضاء:

1. أن يذكر كل عضو رأيه في البرنامج من حيث الجوانب الإيجابيّة في البرنامج التي استفاد منها، والجوانب التي لم يستفد منها.
2. أن يقدّر كل عضو مقدار الإفادة من البرنامج على سلّم تقدير من (1 – 10)

الإجراءات:

يتم مناقشة الواجب رقم (4) عن طريق طرح المرشد لأسئلة الواجب البيتي، وإفساح المجال أمام الطلاب للإجابة على الأسئلة والتعليق عليها:

1. يطلب المرشد من الأعضاء تلخيص أهم ما تعلّموه واستفادوه من البرنامج.
2. يقوم المرشد بتلخيص هذه الجوانب على السبّورة، ويقوم بالإجابة على استفسارات الطلاب ويقدّم التغذية الراجعة.
3. يطلب المرشد من الأعضاء أن يذكروا الجوانب التي لم يستفيدوا منها أثناء البرنامج التدريبي.
4. يقوم المرشد بتلخيص هذه الجوانب على السبّورة، ويقوم بالإجابة على استفسارات الطلاب ويقدّم التغذية الراجعة.
5. يطلب المرشد من الأعضاء أن يذكروا الجوانب التي يعتقدون أنّه كان من الممكن أن يستفيدوا منها ولم تكن موجودة في البرنامج.
6. يقوم المرشد بتلخيص هذه الجوانب على السبّورة، ويقدّم التغذية الراجعة.
7. يطلب المرشد من الأعضاء أن يذكروا جوانب التحسّن في علاقاتهم مع كل من (المعلّمون، الرفاق، الأهل).
8. يقوم المرشد بتلخيص هذه الجوانب على السبّورة، ويقدّم التغذية الراجعة.
9. يطلب المرشد من الأعضاء تقدير مقدار الإفادة من البرنامج على سلّم تقدير من (1 – 10).
10. يجمع المرشد أوراق الواجب ويطلب من الأعضاء أن يستخدموا جميع المهارات الاجتماعيّة التي تعلموها في حياتهم اليومية نظراً لأهميتها في العلاقات الإنسانيّة، ويخبرهم بأنّهم اليوم يكملون خبرات مختلفة هدفت إلى تطوير مهاراتهم، لذلك فإنّه يجب أن يظهروا الاحترام والاهتمام بالآخرين، وأن يتصرّفوا بشكلٍ هادئ ومقبول عند مواجهة المشكلات، ويجب أن يؤكّدوا ذواتهم بشكلٍ أفضل، وأنّ عليهم إعادة بعض التمارين وقراءة بعض المواد لاستخدامها في علاقاتهم.

الأدوات: السبّورة، الطباشير، ورقة الواجب رقم (4).

الوقت: (55) دقيقة.

الهدف (3)

إنهاء البرنامج، نتيجة لذلك يتهيأ الأعضاء للانتهاء من البرنامج

الإجراءات:

1. يقوم المرشد بإبلاغ الطلاب أنّ جلسة التقييم (القياس البعدي ستكون يبعد يومين من انتهاء الجلسة الأخيرة، وأنّ تقييم (قياس) المتابعة سيكون بعد شهرين من انتهاء الجلسة الأخيرة.
2. يطلب المرشد من الأعضاء أن يمارسوا المهارات التي تعلّموها في حياتهم اليومية ويتمنى لهم التوفيق.

الأدوات: لاشيء

الوقت: (10) دقائق

خلاصة

اضطرابات ومشكلات التفاعل الاجتماعي

الاضطراب	الاعراض	اساليب العلاج
اضطرابات التفاعل الاجتماعي	-صعوبة في التواصل البصري -صعوبات في التعامل مع المشاكل -ضعف المهارات اللفظية	-التدريب على المهارات الاجتماعية -التدريب على الاسترخاء -التدريب على برامج توكيد الذات -التدريب على مهارات حل المشكلات -كيفية التحكم بالمشاعر -إعادة تشكيل البناء المعرفي

المجموعة السادسة

مشاكل المخدرات



تعريف الإدمان ضمن سوء الاستخدام لها

سوء استخدام المخدرات والاستخدامات العرضية لها تتضمن الفئات:

- كل استخدام لأي مخدر غير مرخص به اجتماعياً.
- الاستخدام الخطر والذي يلحق الضرر في الوظائف النفسية أو العضوية بمستخدمه.
- الاستخدام الذي يؤدي الى خلل وظيفي ويؤدي الى ضعف نفسي واجتماعي مثل (فقدان وظيفة) مشاكل زوجية،مشاكل مادية.
- الاستخدام الذي يسبب ايذاءً أو تلف أو أمراض عقلية.

كما قدمت منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد **Dependece** رسميا بوصفه بديلا للإدمان وذلك للتأكيد على الاعتماد الجسمي والنفسي على المخدر.

الإدمان على المخدرات"

المخدرات: هي جميع المواد الطبيعية أو الكيماوية التي تستعمل لأحداث تغييرات في الشعور أو المزاج أو الإدراك العقلي. وهذه المواد يمكن أن تستعمل لأغراض طبية أو لأغراض التغيير في الفرد.



مؤثرات طبيعية	مؤثرات كيماوية (اصطناعية)
– شجرة الخشاش (عائلة) الأفيون	مورفين، هيروين، كودايين، البيثدين، الميثادون
اعتماد جسمي عالي	(عائلة) المنبهات، الامفيتامينات
– أوراق شجرة الكوكا (عائلة) الكوكائين	نفسي عالي
اعتماد نفسي عالي	الماريجوانا
– نبتة القنب (عائلة) الحشيش	(عائلة) المثبطات: مهدئات/ مسكنات/ منومات
نفسي متوسط	(الباربيتورات) **Barbiturate**
	اعتماد جسدي عالي جداً
	عقاقير الهلوسة: **(XTC) MDMA, LSD**
	نفسي متوسط
	عائلة المستنشقات: محاليل كيماوية بنزين، سبيرتو، آغو، أسيتون.
	نفسي متوسط

متعاطي المخدرات: هم الأفراد الذين يتعاطون المخدرات لأسباب غير طبية بصورة منتظمة لإحداث التغيير في الشعور أو المزاج أو الإدراك. أي أن المخدر يستعمل كوسيلة لإحداث التغيير في الفرد.

المدمنون على المخدرات: هو الأفراد الذين يتعاطون المخدرات بصورة منتظمة بسبب الاعتماد على المخدر لأن الفرد أصبح مدمناً من ناحية فسيولوجية أو نفسية أو كلاهما.

الاعتماد الجسمي: وهو حاجة الجسم للمخدر. أي أن الجسم تعود على المخدر وفي حالة عدم إعطاء الجسم للمخدر تظهر على الفرد خصائص أو أعراض ما تسمى "بأعراض الانسحاب" أو أعراض الحرمان من المخدر.

الاعتماد

1. جسمي/ تكيف الفرد مع المادة لتطور لتحمل زيادة الجرعة، (الأفيون، هيروين، مورفين).
2. نفسي/ مشاعر المسرة ميل للتكرار (الكوكائين، الماريجوانا، الامفيتامين)

التحمل الجسماني: وهو حاجة الجسم إلى زيادة الجرعة لكي يحصل الفرد على أثر مماثل للجرعة السابقة أي أن الجسم يطلب المزيد من الجرعة لكي يشعر الفرد بالانسجام ويعود ذلك إلى

1. سبب زيادة انطلاق أنزيمات الكبد الايضية **Liver metabolic enzme** نتيجة تكرار استعمال الدواء مما يؤدي الى زيادة أيض الأدوية وبذلك يصبح من الضروري زيادة الجرعة للبقاء على مستواه في الدم والدماغ.
2. نظرية أنزيمية عندما ينخفض مستوى الهرمونات العصبية في الجسم ينتج الجسم مزيد منها للحفاظ على مستواها.

أعراض الانسحاب: وهي الأعراض التي تظهر على الفرد عندما يتوقف عن تناول المخدر ومن بعض هذه الأعراض التثاؤب، تساقط الدموع، رشح الأنف، تصبب العرق، فقدان الشهية، اتساع حدقتي العين، الارتجاف، القشعريرة، القيء والإسهال.

فئات المتعاطين للمواد المخدرة وسمات شخصياتهم

يوجد أربع فئات من متعاطي المخدرات أو المواد وهي:

1. **المجربون:** يتعاطون مرة إلى ثلاث مرات في حياتهم بدافع حب الاستطلاع، أو المجاراة، أو التحدي. وتعتبر شخصية طبيعية.
2. **العابرون:** الأفراد يتعاطون المخدرات مرة أو مرتين في الشهر بمناسبات خاصة بدافع الفرفشة وتعتبر شخصية مزاجية.
3. **المنتظمون:** يتعاطون المخدرات مرة في الأسبوع أو عدة مرات كعادة خاصة. شخصية هروبية مضطربة.
4. **المدمنون:** يتعاطون يومياً بكميات كبيرة بسبب الإدمان النفسي أو الجسمي أو كلاهما شخصية مريضة نفسانياً.

سمات شخصية الأشخاص الأكثر عرضة للتعاطي المخدرات أو الإدمان عليها

يوجد نوعان من الشخصيات الأكثر عرضة للتعاطي أو الإدمان على المخدرات:

أولاً: الشخصية الانطوائية أو الاعتمادية نتيجة:

1. التسلط الأبوي في التنشئة والقسوة.
2. الكبت نتيجة التسلط والمثالية.
3. الإعاقات الجسدية أو التمييز الاجتماعي.

ثانيا: الشخصية العدوانية أو التشككية نتيجة:

1. الإغداق الزائد في التنشئة.
2. الحرمان المدقع في التنشئة.
3. شعور النقص نتيجة التدني الاقتصادي، أو الإعاقات أو التمييز الاجتماعي.
4. النبذ من الوالدين، أو أحدهما.
5. العقاب الجسدي في التنشئة.

الأعراض الجسمية لمتعاطي الأفيون:

تعتمد هذه الآثار على نوع الأفيون وطريقة تناوله، ومن أهمها:

1. يبطئ التنفس.
2. يبطئ نشاط الدماغ، والقلب.
3. فقدان الشهية.
4. الشعور بالعطش.
5. تقل الرغبة الجنسية.
6. يزداد تحمل الجسم للألم.
7. استخدام عقاقير أخرى مع الأفيون بشكل غير واعي، قد يسبب أمراض مثل التيتانوس **Tetanus** أو الإيدز.
8. بعد مدة انقطاع عنه حوالي 4-6 ساعات ستظهر الأعراض التالية:
   - التعرق.
   - عدم الاستقرار.
   - الشعور بالضعف.
   - الأرق عند النوم.
   - الانزعاج والاضطراب **Uneasiness**
   - الإسهال.
   - القشعريرة والتشنج.
   - غثيان ودوار.

المؤشرات المبكرة لاستعمال المخدرات

تعتبر المؤشرات التالية من الأعراض الرئيسية المبكرة لاستعمال المخدرات:

1. **عائلة الحشائش (الحشيش والمروانا)**

تتوقف الأعراض على كمية الاستهلاك من المخدر ويمكن إجمالاً ملاحظة الأعراض الرئيسية التالية:

احمرار العينين، انفتاح الشهية، اشتهاء الحلويات، الحركات بطيئة، الحالة الانفعالية خاملة وتميل الى الخنوع، السرحان وصعوبة التركيز، أحياناً يشعر بالفزع والخوف، الإدراك الزمني والمسافة مغلوط، بؤبؤ العين صغير، العيون متراخية وناعسة، أحياناً هلوسة سمعية أو بصرية.

2. **عائلة المنبهات (الامفتامينات ومشتقاتها)**

تتوقف الأعراض على كمية الاستهلاك من المخدر ويمكن إجمالاً ملاحظة الأعراض الرئيسية التالية:

التيقظ العالي، حدة المزاج، حركات الجسم فجائية وسريعة، عدم الشعور بالتعب، الحيوية عالية، فقدان الشهية، أحياناً العدوانية، ويمكن أن يسيء للغير، البؤبؤ كبير.

3. **عائلة الكوكايين (الكوك والكراك)**

تتوقف الأعراض على كمية الاستهلاك من المخدر ويمكن إجمالاً ملاحظة الأعراض الرئيسية التالية:

النشاط الزائد والحيوية،فقدان الشهية، فقدان النوم، اتساع بؤبؤ العين، الشعور بالنشوة، الشعور بالثقة الزائدة، أحياناً عصبي المزاج، أحياناً تنتابه الشكوك، وأحياناً لا يعي ما يقول أو يعمل.

4. **عائلة المثبطات (المهدئات والمنومات ومضادات الصرع والباربيتوات)**

تتوقف الأعراض على كمية الاستهلاك من المخدر ويمكن إجمالاً ملاحظة الأعراض الرئيسية التالية:

عدم الانسجام بالكلام وتشوش الأفكار، الحالة الانفعالية خاملة، يميل إلى السكون والخنوع، يشعر بالنعاس، ضمور بؤبؤ العين، أحياناً يشعر بصعوبة في التنفس.

5. عائلة الافيونات (الأفيون، المورفين، الهيروين، الكودين)

تتوقف الأعراض على كمية الاستهلاك من المخدر ويمكن إجمالاً ملاحظة الأعراض الرئيسية التالية:

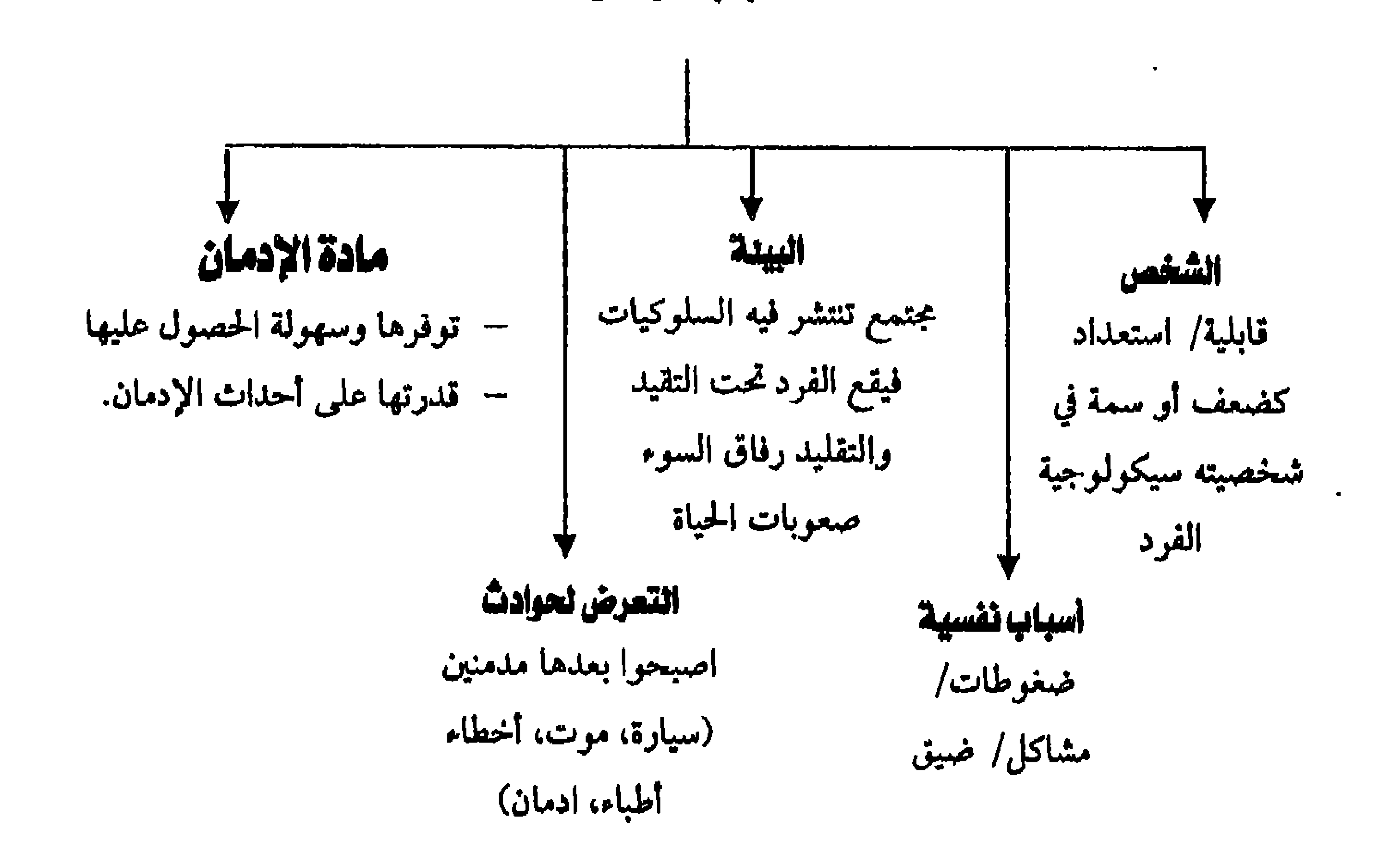
هادي، يشعر بالخنوع، فاقد الشهية، يشعر بالثقة الزائدة، يشعر بالسعادة المفرطة، اجتماعي، أنيس،جليس ومجامل، ضمور في بؤبؤ العين، يمكن أن تظهر علامات الحيرة.

6. عائلة المستنشقات (المحاليل الكيماوية، الأصماغ، البنزين... الخ)

تتوقف الأعراض على كمية الاستهلاك من المخدر ويمكن إجمالاً ملاحظة الأعراض الرئيسية التالية:

الهيجان، الفرح والضحك الزائد، كثرة الكلام، ارتعاش اليدين، يمكن أن يهلوس، يمكن أن يتقيأ، اختلاط الأمور التناسق الحركي. اتساع بؤبؤ العين.

أسباب الإدمان:



ويمكن إجمال هذه الأسباب بالفئتين التاليتين:

الأسباب ← أسباب رئيسية (مهيئة)
← أسباب ثانوية (مساعدة)

1) **الرئيسية/** خاصة بالتنشئة الاجتماعية مما تسبب شخصية معقدة تعاني من الاضطرابات

- ضعف العقيدة الدينية والأخلاقيات في العائلة.
- سوء التربية/ التسلط/ العقاب/ الحرمان/ التمييز بين الأولاد وينتج عنه اضطرابات في الشخصية.
- التفكك الأسري (طلاق، تعدد الزواج).

2) **الثانوية/** وتساعد في دفع الفرد المهزوز الى التعاطي والإدمان.

- رفاق السوء، وتوفر المال، وتوفر المخدر.
- سوء الأحوال الاقتصادية أو الطفرات المادية.
- التقليد وتأثير الحضارات الغربية كالبدع.
- أوقات الفراغ.
- الظروف الصعبة (السواقين، الموت، الحوادث).
- التجريب والتلهي بالمخدر بقصد الاستمتاع والتسلية وغالباً يتم مع جماعة التعاطي لإزالة الضيق والكرب والتوتر النفسي.

آثار الإدمان

آثار تنعكس على ← الفرد المدمن ← والأسرة ← والمجتمع.

تظهر الآثار في: تدهور عقلي وجسمي واجتماعي يشمل كل أوجه العلاقات الاجتماعية للمريض وغالباً ينتهي بتهدم العائلة وفقد العمل والعزلة عن المجتمع.

1) **آثار فورية بعد التعاطي مباشرة:**

- أضعاف القلق والتوتر النفسي.

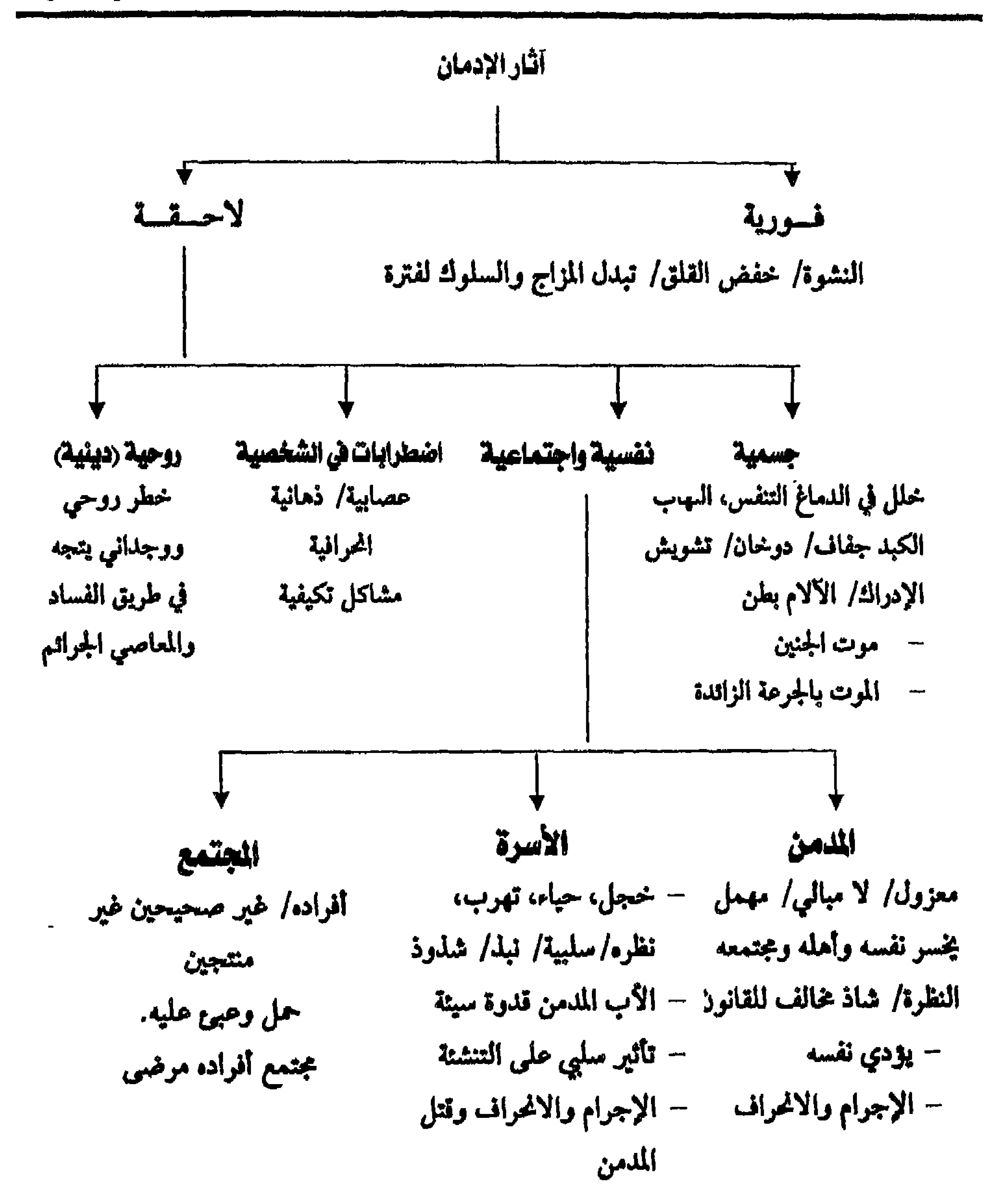
- حدوث النشوة العارمة أو الحبور.
- تبدلات المزاج السارة بالنسبة للمتعاطي.
- تبدلات في السلوك.

2) **الآثار اللاحقة/ جسمية مرضية:**

- خلل في الدماغ.
- دوخان والتشويش في الإدراك، وغيبوبة.
- هبوط في التنفس/ انخفاض ضغط الدم/ كبت الشهوة الجنسية/ إمساك غثيان وقيء.
- التهاب الكبد، تسمم الدم، الإيدز، التهاب بطانة القلب (استعمال الإبر غير المعقمة).
- الجفاف، وزيادة الحموضة في الأنسجة والدم، تقلصات البطن، شعور بالألم في العضلات، وقوف شعر الجلد.
- تأثيرات على الحمل، نزف الجنين وموته.
- الوفاة جرعات زائدة.

3) **آثار في اضطرابات الشخصية. عقلية ونفسية (عصابية وذهانية)**

القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري والوهن والهلوسات.


آثار الإدمان
فـورية
لاحـقـة
النشوة/ خفض القلق/ تبدل المزاج والسلوك لفترة
جسمية
نفسية واجتماعية
اضطرابات في الشخصية
روحية (دينية)
خلل في الدماغ التنفس، الهبوط
الكبد جفاف/ دوخان/ تشويش
الإدراك/ الآلام بطن
– موت الجنين
– الموت بالجرعة الزائدة
عصابية/ ذهانية
انحرافية
مشاكل تكيفية
خطر روحي
ووجداني يتجه
في طريق الفساد
والمعاصي الجرائم
المدمن
الأسرة
المجتمع
معزول/ لا مبالي/ مهمل
يخسر نفسه وأهله ومجتمعه
النظرة/ شاذ مخالف للقانون
– يؤذي نفسه
– الإجرام والانحراف
– خجل، حياء، تهرب،
نظره/ سلبية/ نبذ/ شذوذ
– الأب المدمن قدوة سيئة
– تأثير سلبي على التنشئة
– الإجرام والانحراف وقتل المدمن
أفراده/ غير صحيحين غير منتجين
حمل وعبء عليه.
مجتمع أفراده مرضى

4) الآثار: نفسية واجتماعية

- على المدمن نفسه:

يصبح معزولاً، منطوياً، أسيراً لسجن جرعاته، لا مبالي بمسؤولياته الاجتماعية والأسرية، واحتياجاتها، ويهمل واجباته تجاه نفسه وخالقه وبالتالي يخسر نفسه وأسرته ومجتمعه وتصبح نظرة الناس له ومعاملته على أنه شاذ مخالف للقوانين وقد يعرض نفسه لمخاطر إيذاء الذات بكل أبعادها.

- آثار على الأسرة:

تعيش أسرته في وضع مأساوي، يشعرون بالخجل والحياء ويميلون للابتعاد أو التهرب من مواجهة المعارف، وهذا يولد عقداً نفسية على حياتهم سلبياً وتصبح نظرة المجتمع للفرد وأسرته سلبية أيضاً ينظر لها بعين النبذ والشذوذ (عدم الزواج من عائلة أحد أفرادها مدمن)

- **آثار دينية (روحية)**

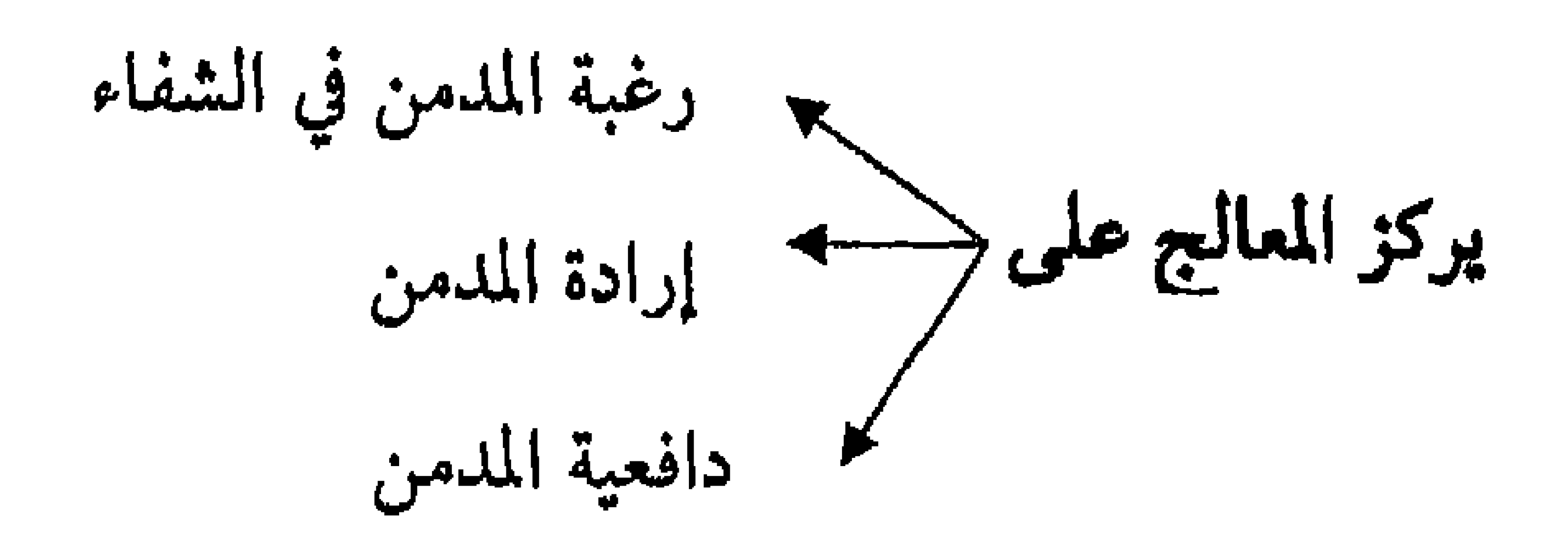
زعزعة الوازع الديني للأسرة، خطر روحي ووجداني وقد تتجه في طريق الفساد والمعاصي والجرائم، والانحراف.

- قد يسلك المدمن في أي طريق مهما كان في سبيل تحصيل ثمن جرعاته مثل الإجرام والانحراف.
- **القدوة السيئة** للأسرة إذا كان الأب متعاطي وتأثيرها السلبي في التنشئة الاجتماعية
- آثار رئيسية على المجتمع أفراده غير صحيين غير منتجين عبء وحمل على المجتمع وعلى أسرته وقد يؤدي ذلك الى قيام أسرته بالتخلص منه لكثرة الضغط النفسي والابتزاز لهم.

ثانياً: علاج الإدمان

علاج الإدمان: يقصد بالعلاج جميع إجراءات التدخل الطبي والنفسي والاجتماعي التي تؤدي إلى التحسن الجزئي أو الكلي للحالة وللمضاعفات الطبية والنفسية المصاحبة.

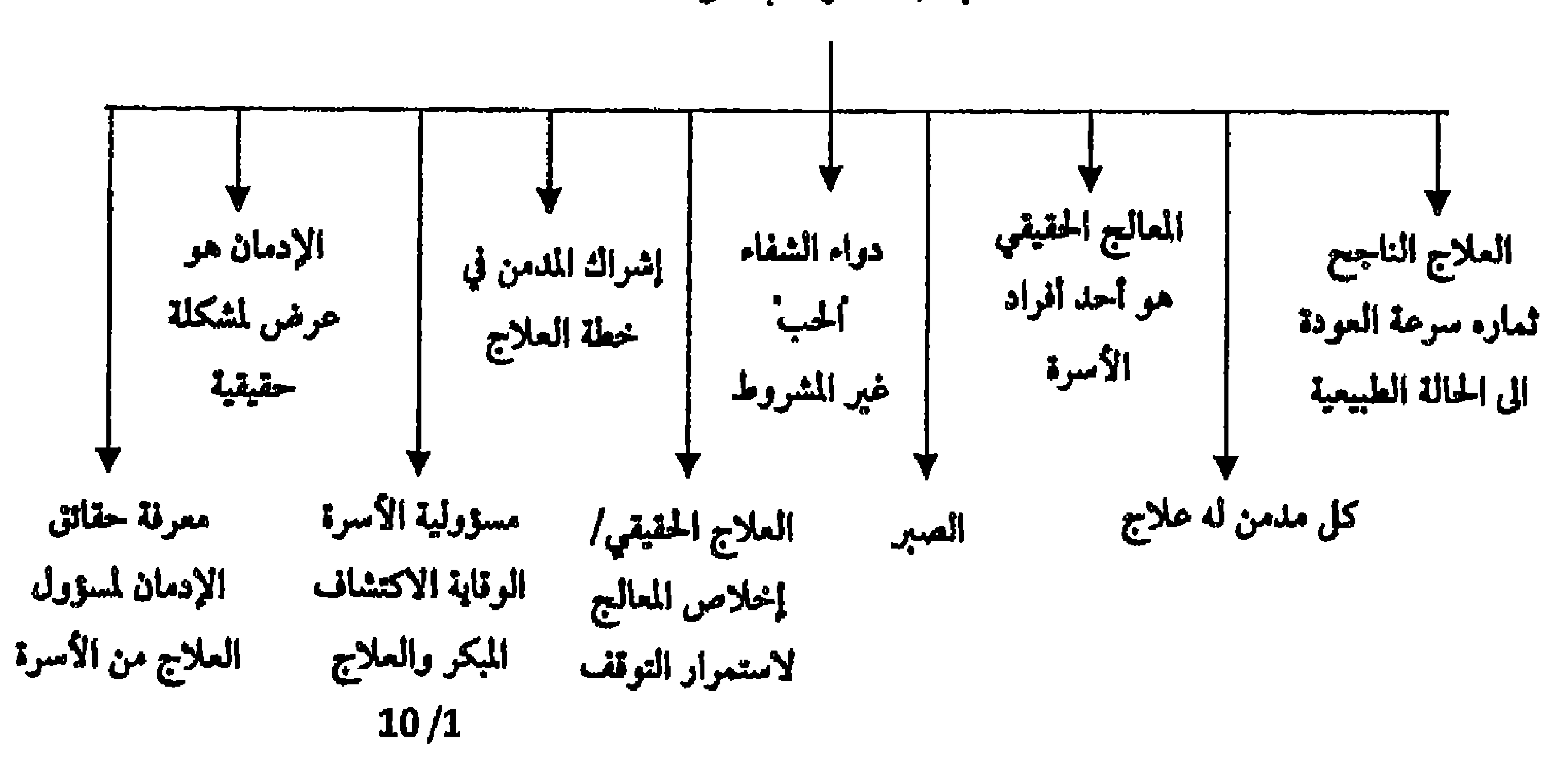
إن **رغبة المدمن** في أن يُشفى هي العامل الأول والأساسي لنجاح العلاج يبدأ العلاج في **بناء العلاقة** الإرشادية وبالبحث في **أسباب التعاطي** ولا بد من إشراك الأسرة ومعرفة طبيعة العلاقات بينها وتعريفها على دورها في العملية العلاجية.



تشخيص أسباب المرض الأساسية ←معرفة طبيعة المشكلة ←توضيح للمدمن أن لا أمل له في استمرار الحياة إلا بالتوقف نهائياً والى الأبد عن التعاطي← والخيار: أما الموت أو الحياة ← عمل القرار ←التوجيه لحو الحل لا حل بدون مشاركة المدمن ومشاركة أسرته ← الاتفاق على أسلوب العلاج.

أطراف العلاج

الطبيب النفسي، المعالج النفسي، الأسرة، المدمن.



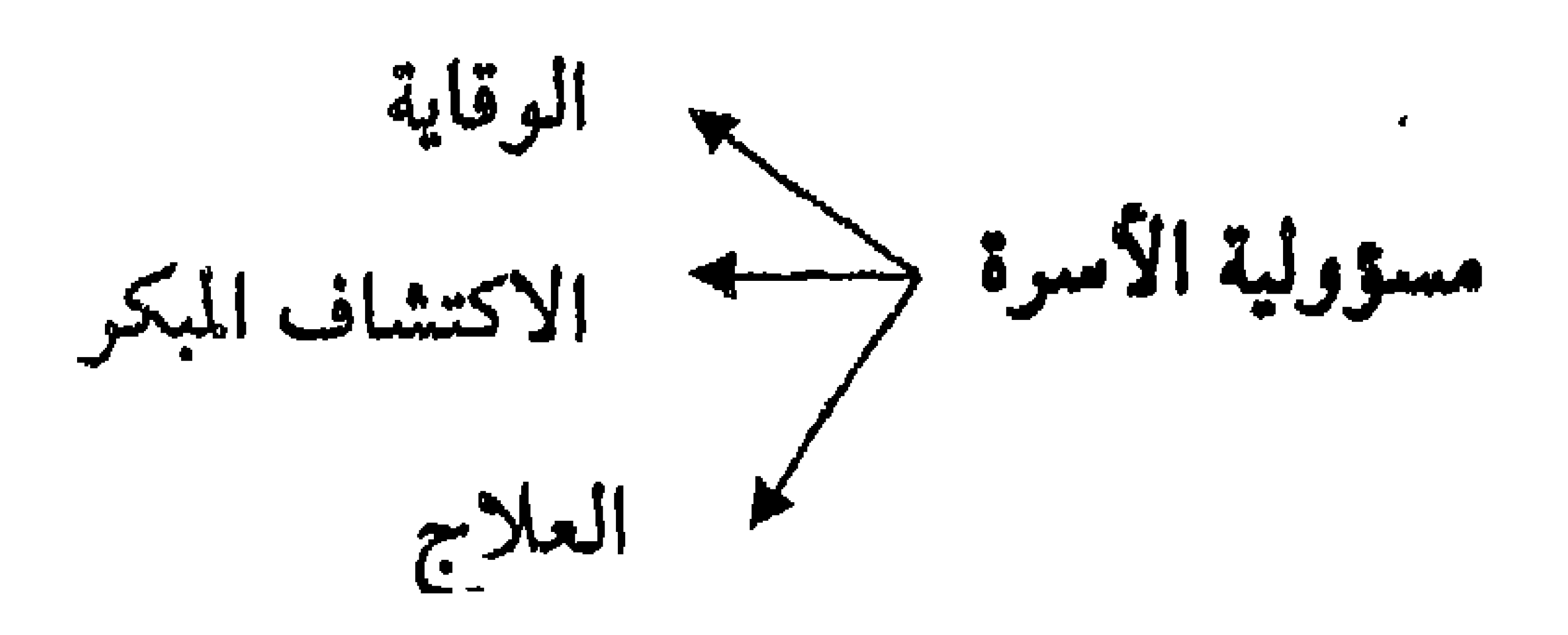
المبادئ العشرة لعلاج الإدمان:

1. الإدمان له علاج، كل مدمن يمكن علاجه ما عدا السيكوباتي أن تتسلح بالحب والإدارة والصبر.
2. إنقاذ المدمن يحتاج إلى صبر- نفس طويل- بدون توقف.
3. علاج المدمن الحقيقي ليس في توقفه عن التعاطي وإنما في إخلاص حقيقي من المعالج لمساعدته لكي يستمر في التوقف.

لماذا التجأ للإدمان ← معالجة الأسباب ← إنقاذه ومساعدة أسرته.

4. معرفة أن الإدمان ليس هو المشكلة بل هو عرض وعلى الطبيب معرفة المشكلة الحقيقية التي دفعته للإدمان وإلا لن يتقدم خطوة واحدة في العلاج.
5. المعالج الحقيقي للمدمن ليس هو الطبيب وإنما هو إنسان قريب منه يحبه: كأحد أفراد أسرته أو صديق أو حبيب وإذا خلت حياة المدمن من إنسان يحبه فلن يشفى من إدمانه بل سيتمادى الى الموت لأن أهم مبرر للإدمان هو إحساس الإنسان بالنبذ.

6. وعلى هذا فإن أعظم دواء لشفاء الإدمان هو الحب، الحب الحقيقي الحب غير المشروط. ولن يشفى حتى لو تناول أحدث أنواع العلاج.
7. الوقاية خير من العلاج والوقاية معناها منع حدوث الإدمان أما العلاج فيبدأ إذا فشلت الوقاية والجهد الذي يبذل في الوقاية هو عشر الجهد الذي يبذل في العلاج، والاكتشاف المبكر أفضل من الاكتشاف المتأخر وعلاج الحالة في بدايتها يستلزم عشر الجهد الذي يبذل في حالة متأخرة.



8. لا بد من معرفة كل الحقائق العلمية عن الإدمان، لمن سيتحمل مسؤولية العلاج من أسرة المدمن ليتعاون مع فريق العلاج.
9. العلاج الناجح يعطي ثماره خلال أسابيع قليلة ويعيده الى حالته الطبيعية بأسرع ما يمكن. وليس كالماضي عزله لعام أو عامين كمريض عقلي.
10. وعلى هذا يجب إشتراك المدمن نفسه مع خطة العلاج وإلا يحكم على العلاج بالفشل له دور إيجابي يراقب نفسه ويعطي تقارير.

- المدمن/ مشاركة الأسرة/ الإدمان مرض العائلة وليس أحد أفرادها حتى ولو كانت متماسكة ظاهرياً.
- العلاج بالماضي ينظر إليه كمريض عقلي فقد استبصاره تماماً يعزل لمدة عام أو عامين يعامل كإنسان سيىء منبوذ، والآن اختلفت الصورة.

أهداف العلاج:

1. العلاج الطبي بهدف تحرير الفرد فسيولوجياً من الاعتماد على المخدر وذلك بسحبه تدريجياً وتقويته صحياً.
2. العلاج النفسي: معرفي/ سلوكي

يهدف تقوية التيار النفسي عند الفرد ليتمكن من مواجهة الضغوطات التي يتعرض لها ويركز على أمور عدة مثل:

أ- تقوية الذات، والتركيز على برامج مفهوم الذات أو تغيير البناء النفسي عند المدمن.

ب- مشاركة الفرد في العلاج.

ج- تعزيز السلوكيات المقبولة، اجتماعياً والتي تبعد الفرد عن الإدمان والتعاطي.

د- إكساب المدمن المهارات السلوكية والمعرفية ومنها: مهارات الاتصال والحزم والتوكيد والاسترخاء والحديث الذاتي وضبط الذات.

3. العلاج العقلاني:

يهدف تغيير المعتقدات والأفكار والاتجاهات الخاطئة التي تولد الإحباط وهي الحالة التي تصيب المدمن بسبب تفكيره اللاعقلاني في موضوع الإدمان ويركز على وعي الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تقود نحو الإدمان وتبديل:

سلوك لا عقلاني ← بسلوك عقلاني

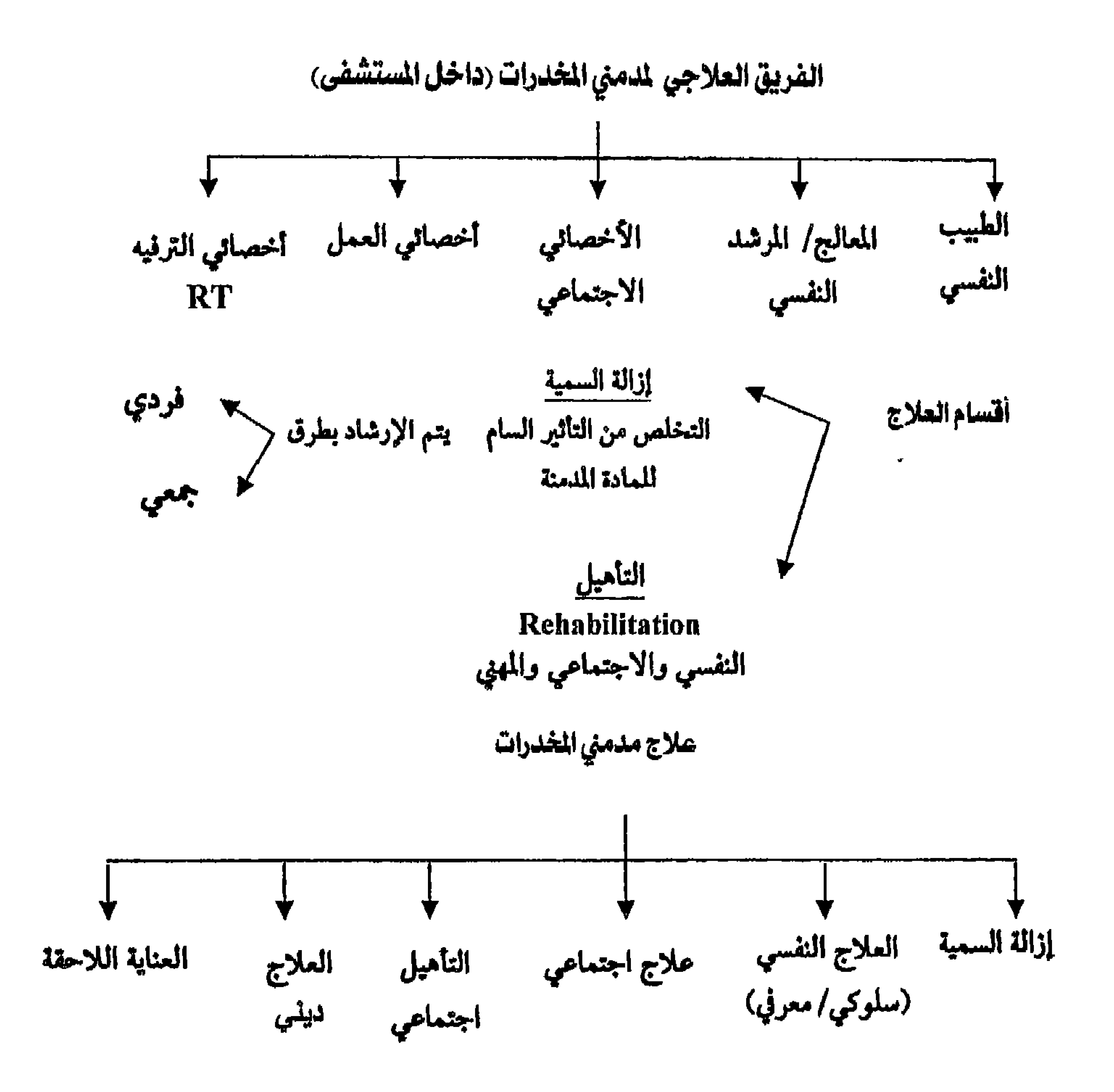
أفكار خاطئة ← بأفكار صحيحة عقلانية

4. العلاج الاجتماعي:

أ- بهدف تقوية مشاركة الفرد في النشاطات والاجتماعية والتطوعية في السياق الاجتماعي الذي يتواجد فيه الفرد وإبعاده عن الانحراف.

ب- وبهدف تكوين نظام معتقدات اجتماعي ثقافي وديني يحميهم من الوقوع في جرائم المخدرات، أو للوصول الى الثراء السريع.

ج- وبهدف اندماجهم في المجتمع، بمساعدتهم على العمل الكريم.



- العلاج السلوكي: ليس الإدمان مرض وإنما هو سلوك خاطئ- يتم تعلم ← السلوك الصحيح والمهارات اللازمة.
- العلاج المعرفي: الإدمان نتيجة أفكار خاطئة وغير عقلانية. يتم تغيرها واستبدالها بأخرى ← صحيحة وعقلانية.

مراحل العلاج:

1. التعرف على أسلوب العلاج

يتم شرح طريقة العلاج للمدن وأسرته وإعطاءه معلومات عن المخدر وأثاره والعلاج.

2. مرحلة العلاج الفعلي

(إزالة السمية) (والتأهيل النفسي) داخل المستشفى أو خارجها حسب قرار الطبيب، ويقدم العلاج السلوكي/ المعرفي.

3. نهاية العلاج:

أي خروج المتعاطي واستقلاله مع المتابعة.

العلاج ينقسم الى قسمين:

1. إزالة السمية **Detoxi cation** التخلص من التأثير السام للمادة المدمنة.
2. **Rehabilitation** التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني.

- التعامل مع أسرة المريض ومساعدتهم للتعامل مع المدمن والاستماع والتفهم له مساعدته ليكون سعيد وبناء علاقة جيدة/ انتقاده بصورة بالمديح لا تحطيم، مراقبته باستمرار مع إظهار الثقة به.
- العلاج- المدمن وأسرته بحاجة الى مساندة المجتمع بكل مؤسساته السياسية والتعليمية والدينية والإعلامية والأمنية ويتوقف الجميع بحزم أمام انتشار العقاقير المدمنة.

الطبيب النفسي:

يبدأ الطبيب بمحاولة التعرف على حجم المشكلة، نوع العقار والكمية وأوقات التعاطي ومكان التعاطي. ومن هم الأصدقاء ومن أين يحصل على المال، وهل حاول التوقف، وما مدى تأثير العقار على انتباهه وتركيزه، وما هي أقصى أعراض الانسحاب التي تظهر عليه، وتأثير العقار عليه وعلى الآخرين، وما سبب حاجته ومن هو القريب له من أفراد العائلة أو الأصدقاء ويحدد نوع الشخصية للمتعاطي. ومدى تأثير المخدر على اضطرابها.

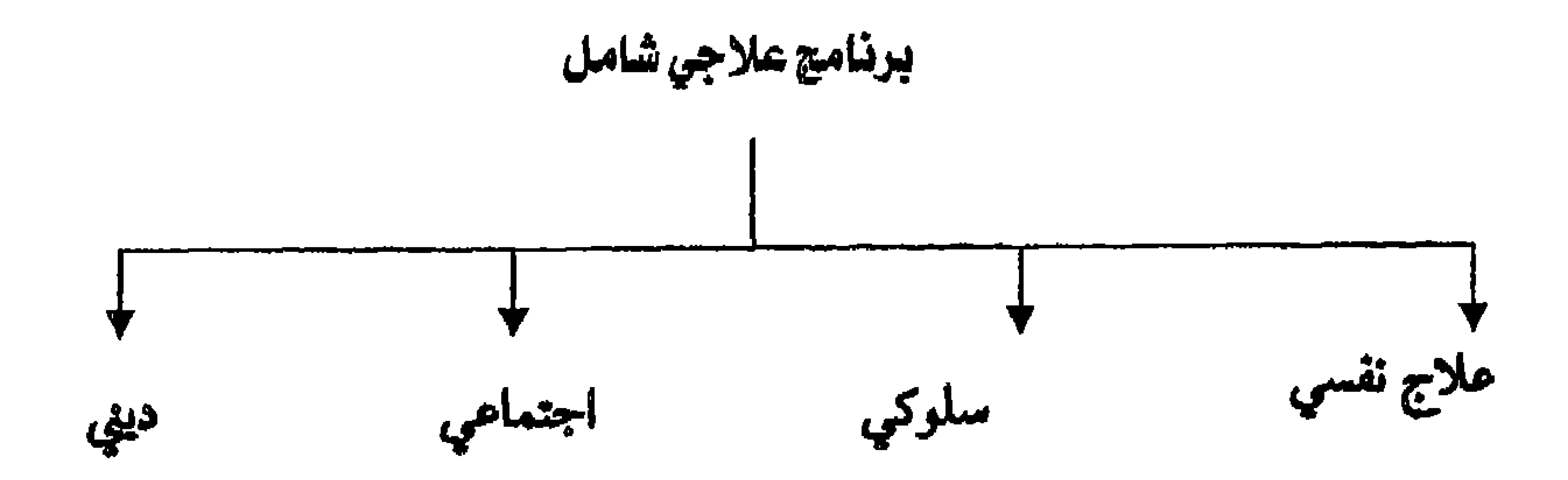
خطوات العلاج:

1.إزالة السمية/ مداخلة

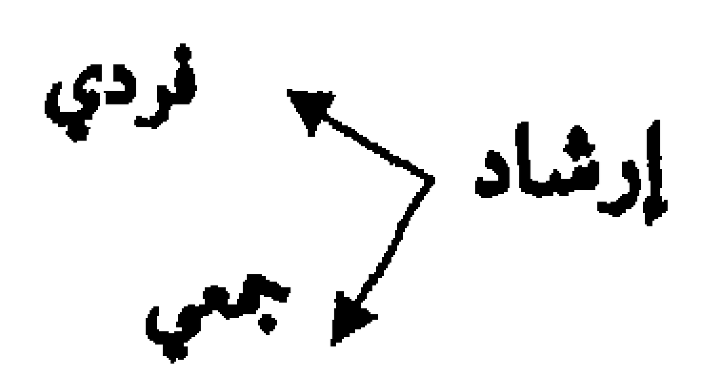
مداخلة طبية دوائية لمقاومة أعراض الاستجابة الجسدية منها والنفسية المشروطة فيعطى المدمن علامات كفيله بتخفيف وطئة انقطاعه عن المادة التي كان يتعاطاها وتخفيف هذه العلاجات بشكل تدريجي خلال عدة أيام وأسابيع باختلاف مواد الإدمان ومدى استفحالها وتسمى هذه الفترة بفترة "الفطام".

ومن فوائدها إطفاء الرغبة الجامعة لدى المدمن للبحث عن المادة وتعاطيها وتقدم هذه الخدمة من قبل الأطباء النفسين- فترة أسبوعين.

2.العلاج النفسي المكثف



- يتلقى المتعالج إرشاد فردي لكافة مشاكله وحاجاته لمدة شهر.
- إعطاء محاضرات، مشاهدة أفلام، حضور ورشات عمل، لعب أدوار، وإعطاء واجبات.



إجراء اختبارات شخصية مثل: SCL-90- MMPI واختبار اليد الاسقاطي.

برامج إطفاء كل ما يذكر بالإدمان ←تعلمها تغيير تفكير ونمط حياة هذا الإنسان.

يتعاطى المدمن العلاج الطبي لوحده ولوحظ أنه لا ينفعه لأنه يحتاج الى إجراءات لتعديل سلوك الإدمان/ سلوكي- وتفكيره/ معرفي وقناعته/ أفكار خاطئة.

* لا بد من تكرار السلوك ليحدث التعلم الإدمان ليس مرض بل سلوك خاطئ.

- العلاج السلوكي/ المعرفي يفترض أن لدى الأشخاص

1. استعدادات وراثية.
2. مناخ بيئي، ضبط وتربية مبالغ فيها تؤدي الى تصلب الشخصية (عدم مرونتها) نتيجة تنشئة تبالغ في الضبط والحماية. وتحكم على افرادها وفيها انتقاد زائد وذلك يؤدي بأفرادها الى الشك والتحقق أو التأكد.

- العلاج المعرفي- يستخدم فنية التعريض التخيلي

دراسة هورو ويتز **Horo Witz** مزاوجة بين استخدام التحليل النفسي السيكوديناميي والسلوكي/ المعرفي أعطت نتائج جيدة إيجابية.

العلاج السلوكي / المعرفي

1. تكوين علاقة علاجية آمنة مع المرضى.
2. من خلال العلاقة ساعد المعالج المرضى على اكتشاف هوية الذات وتحقيق مزيد من الوعي بالذات.
3. بهدف تعريض المريض وتقبله لأفكاره ومعتقداته حول المشكلة التي عانى منها.

المساعدة في **Self- Hekp** المساعدة الذاتية كنوع من **Supportive treatment** المساندة العلاجية/ إرشاد جمعي عن طريق مشاركة مجموعات من الأفراد في مناقشات غير رسمية حول المشكلة مما يساعد على زيادة فهم المريض لمشكلته وزيادة ثقته بنفسه وقد لاحظ تحسن للأفراد عندما يخبرون الآخرين بمعاناتهم الذاتية.

*** يقوم المرشد بعمل التالي:**

- بناء الثقة بشكل تدريجي ومحاولة كسب ثقة المدمن ومحبته.

- تحديد المشكلة وتشخيصها.

الاتفاق/ بناء العقد.

ان العلاقة ضرورية جداً في العلاج النفسي ←——— الإيحاء، ويعتمد على الإيمان/ العمل يقوم المرشد بمساعدة العميل على إدراك مشاكله ووضعه وتوعيته وإكسابه المهارات.

بدء العلاج المعرفي

أ- يعرف المدمن أنه فقد السيطرة وأنه عليه أن يعمل لاستعادتها.

ب- وأنه إذا لم نتحكم في ذلك فسوف نصل الى حالة يصعب معها العلاج.

ج- وأن الإدمان سوف يحطم مستقبله.

د- عدوه الحقيقي هو الإدمان وليس الأسرة أو المدرسة أو العمل (الأشخاص).

هـ- علينا أن نمضي الى الأمام لا الخلف وأن نبدأ أو خطوة.

و- وأن نبدأ حياة جديدة بدون عقار، حياة جديدة من أهم مقوماتها القدرة على مواجهة الألم والإحباط بدون الجري والهرب، أي حل المشاكل بدل من تأجيلها.

ز- أن نحاول أن نبث قيماً جديدة ومهارات جديدة بدون العقار.

ولقد أوضح جون كرامبولتز وكال ثورسين أنه يمكن علاج إساءة استعمال المخدرات عند الطلاب عن طريق معالجة أسبابها.

- ان العلاقة العلاجية مهمة جداً في المساعدة "لكسر عادة الإدمان" وأنه من الضروري معرفة المعالج بمصطلحات الشارع التي يتحدث عنه المتعاطي.
- ان بناء الألفة مع المتعاطي هامة جداً عن طريق التقبل والمشاركة.
- ان فشل علاج الطلاب المدمنين تعود الى عدم معرفة المرشد بالظروف التي تسبق حدوث الإدمان "Antecedents"- تحليل السلوك ABC
- ان معرفة المشاكل الحقيقة والأسباب التي دفعت الى التعاطي ومعرفة نواتج السلوك وإجابة السؤال: لماذا يتعاطى المخدر؟

ربما ليتجنب مواجهة التوترات والصعوبات الأخرى. والمهم هنا أن نتكلم عن هذه المشاكل لا عن المخدر نفسها.

ان التكلم عن المخدرات بدلاً من التكلم عن الصعوبات التي كانت سبباً لتعاطي المخدر يساعد المدمن على التخلص منها.

الطبيب ←—— يتكلم ←—— المخدر والأدوية

المعالج ←—— يتكلم ←—— المخدرات وأسباب تعاطيها.

- **هل السؤال الأساسي هنا:**

هل المخدرات هي فعل المشكلة التي يجب بحثها ام المشاكل التي ادت الى تعاطي هذه المخدرات.

الجواب: بكل تأكيد تعاطي المخدرات غير المشروعة تؤدي الى فقدان الصحة فلا بد هنا من التوعية عنها ولا يوجد فائدة دون تطوير المهارات الضرورية للتعامل مع الضغوطات والمشاكل في الحياة المستقبلية.

- ضرورة إشراك الأسرة في العلاج.
- علاج الأفراد من خلال مشروع اسمه الأسرة **The Family** ويتم خلاله:

تجاهل المخدرات بينما يتم التركيز على التعلم عن العلاقات الشخصية والمهارات الضرورية لحل المشكلات بطريقة بناءة وكيفية التعامل مع التوترات العاطفية والانفعالية ولعب الأدوار لتوضيح السلوك الخاطئ والعمل على تغيره والقيام بنقد السلوك بدل من نقد الشخص نفسه ويتم طرح المواضيع التي تهم الأفراد من خلال برنامج بحيث يختار الأفراد ثلاثة نقاط تهمهم للبدء في الحديث بها في كل أسبوع.

مشروع The Family

فهم المشكلة بشكل أفضل
تعلم التعبير عن المشاعر بصدق وأمانة
يتعلم أن يكشف عمن يحب ويقبله
تعلم الاقتراب من الناس
معالجة مشاعر الشعور بالذنب لديه
تعلم ان يصبح اقل انسحابية
تعلم تطويز مهارات جديدة
تعلم القيام بعمل خطط وتنفيذها
تعلم طلب المساعدة
تعلم أن يكون أكثر استقلالية
تعلم تحمل المسؤولية

3) التأهيل: برنامج التأهيل الوظيفي:

سلسلة من النشاطات الموجهة لتمكين المدمن (حسب قدراته الذاتية) من الاعتماد على نفسه والعيش بكرامة داخل مجتمعه.

وإعادة خرطه عضواً ومفيداً ومقبولاً في المجتمع وتشمل هذه النشاطات:

أ- تنمية مهاراته الأصلية

ب- إكسابه مهارات جديدة

ج- تعليمه مهنة تكسبه العيش الكريم من خلال تعليمه أن يشغل نفسه دائماً بأشياء مفيدة ويقصد به ألعلاج الوظيفي"

وهذا هدف البرنامج تستمر فترة التأهيل لعدة أشهر وقد تصل الى سنة كاملة ابتداء من فترة انتهاء العلاج النفسي المكثف.

4) العناية (الرعاية) اللاحقة:

بذل كافة الجهود والنشاطات الكفيلة بمنع حدوث الانتكاسة بعد علاجه عن طريق تأسيس نظام متابعة في المركز ومن خلال إنشاء نظام للمساعدة الذاتية للمدمنين المتعافين من قبل المدمنين للاجتماع بشكل أسبوعي في مسكنهم للحفاظ على تماسكهم ومساندتهم ومساعدتهم لبعضهم البعض وحل المشاكل والاستفادة من تجارب الآخرين في البيئة الأصلية بعيداً عن حياة الإدمان.

(تشبه المهاجر الذي يلتقي بجماعات من نفس عرقه تساعده في الغربة تنظيم عملية استقباله وتسهل الحياة الجديدة عليه فتأخذ عليه بيده وتخفف عنه)

خطوات التعافي الاثنتا عشرة

1. نعترف بعجزنا وضعف ارادتنا أمام المؤثرات العقلية لدرجة أن حياتنا قد خرجت عن السيطرة.
2. نعتقد بأن قوة أعظم منا فقط تستطيع اعادتنا الى رشدنا.
3. لقد أسلمنا أمرنا وأنفسنا لله جل وعلى.
4. لقد قمنا بمراجعة شجاعة لأنفسنا ولأخلاقياتنا.
5. لقد اعترفنا لله ولأنفسنا ولإنسان آخر بخطايانا.
6. نحن بانتظار مشيئة الله لتصحيح سلوكياتنا.
7. نسأله جل وعلى أن يرشدنا ويهدينا.
8. قمنا بإعداد قائمة بأسماء الأشخاص الذين اذيناهم ونتعهد بالاعتذار لهم وتعويضهم.
9. سنعوضهم عن ذلك مباشرة الا اذا كان هذا يضر بهم أو بغيرهم.
10. سنواصل السير في هذا النهج الاخلاقي وعندما نخطئ سنعترف بذلك.
11. الصلاة هي صلاتنا بالله وندعوه سبحانه أن يرعانا وأن يقدرنا على تغيير سلوكنا.

12. أن صحوتنا الروحية هذه ستحفزنا على نقل هذه الرسالة الى ضحايا المؤثرات العقلية وسنلتزم بهذه المبادئ السامية في شتى مناحي حياتنا.

خلاصة لمشاكل المخدرات

الاضطراب	الأعراض	أساليب العلاج
إدمان المخدرات	– آثار سلبية على التنفس – آثار سلبية على الدماغ – آثار سلبية على القلب – فقدان الشهية – تتأثر الرغبة الجنسية – اعتماد جسمي – اعتماد نفسي – آثار انسحابية (تعرق، أرق، صداع، اسهال، قشعريرة، غثيان، شعور بالضيق)	– علاج طب دوائي، سحب السمية تدريجيا – علاج نفسي معرفي تركز على: 1. تدعيم الذات 2. تعزيز السلوكات المقبولة اجتماعيا 3. اكساب المريض مهارات التفاعل الاجتماعي 4. تدريبه على الاسترخاء 5. تدريبه على ضبط الذات – علاج معرفي اعادة تنظيم البناء المعرفي ونقد الافكار والمعتقدات الخاطئة – العلاج الاجتماعي اعادة تأهيل المريض ودمجه في النشاطات الاجتماعية والتطوعية – العلاج الديني تعزيز الوازع الديني

المجموعة السابعة

الضغط النفسي

STRESS



عرف "هانز سيلي" "Hans Seyle" الضغط النفسي كالتالي:

" أنه ردة فعل الجسم على أي تغير مفاجئ وسريع في المحيط، خاصة عندما يجعل هذا التغير الجسم في حالة استنفار دائم." وتشير كلمة "Stress" الى ضغوطات الحياة (Pressures or Strains of Life) التي تنهك الفرد والتي تنتج عادة ضرر اجتماعي ونفسي وفزيولوجي. ويختبر الإنسان الضغط من خلال مشاعر مختلفة مثل التوتر (anxiety) والغضب (anger) والإحباط والاكتئاب أو حتى الاثارة (excitement) حيث يؤثر كل ذلك على اجسامنا. كما يخلق الضغط حالة من عدم التوازن الداخلي تعرف بـ Homeostasis Disequilibrium والتي تضعف من قدرة الفرد على مقاومة الأمراض لأنها تضعف جهاز المناعة لديه.

" إما الحدث الضاغط أو مصدر الضغط فيعرف بكلمة "Stressor" أو "Stressful life event".

وينقسم الضغط النفسي إلى قسمين:

1. **الضغط النفسي الايجابي**: وهو عبارة عن التغيرات والتحديات التي تحفز أو تدفع الفرد وتحثه للعمل والانجاز وتقديم أفضل ما لديه هذا النوع من الضغط يخلق توتر ايجابي حيث أنه يحرك الفرد للعمل.
2. **الضغط النفسي السلبي** (Distress): وهو ما يؤثر سلباً على حالة الفرد الجسدية والنفسية ويخلق حالة من التوتر العصابي التي تعيق نمو الفرد. وهذا النوع من الضغط هو اساس جميع الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية.

أصناف الضغوطات: Categories of stressors

1. **الاحباطات: Frustrations**

وهو ما يعيق الفرد عن تلبية حاجاته وتؤثر على مفهومه لذاته.

2. **الصراعات غير المحلولة: Unresolved Conflicts**

- صراع الاقدام- الاقدام
- صراع الاقدام – الاحجام

- صراع الاحجام – الاحجام
- صراع الاقدام – الاحجام المزدوج

3. **الضغوطات Pressures**

وهي التي تدفع الفرد للاستعجال والعمل بسرعة.

مصادر الضغوطات:

عوامل هرمونية Hormonal factors

- البلوغ
- فترة ما قبل العادة الشهرية
- فترة ما بعد الولادة
- سن اليأس...

عوامل ذاتية: Self – Induced stress

- مفهوم ذات متدني/ شعور بالنقص
- تقيم سلبي للذات وللأحداث
- نقد الذات
- النزعة لمحو الكمال
- الاكتفاء الذاتي (عدم طلب المساعدة)
- الشعور بالوحدة وعدم الرضى
- توقعات زائدة من الذات
- هموم المستقبل
- الشعور بالاكتئاب...

عوامل صحية / امراض ومنها

- سوء التغذية
- الأفراط في تناول الكحول / المخدرات
- الادمان على النيكوتين والكافين (قهوة، دخان...)
- الزكام، الصراع
- أمراض جلدية/ حساسية
- أرهاق الجسم...

عوامل مهنية / اقتصادية Technostress

- بيئة عمل تنافسية
- الافراط في العمل
- البطالة
- خسارة مادية
- عدم التنظيم الاداري
- هموم مالية...

ضغوطات انفعالية: Emotional Stress

- خلافات / صراعات / نزاعات
- كبت المشاعر والانفعالات
- التعرض لصدمات وحوادث
- موت عزيز
- الزواج والانجاب
- الطلاق أو الانفصال
- اضطراب ما بعد الصدمات
- تقلبات المزاج...

عوامل بيئية

- تقلبات الطقس
- السفر و Jet Lags
- الضغط الجوي
- تلوث بيئي
- كوارث طبيعية
- الضجيج...

ضغوطات يومية

- هموم منزلية
- مشاكل صحية
- متاعب العلاقات الاجتماعية
- ضغط الوقت: ضرورة الالتزام بساعات دوام محددة
- مقابلات هامة
- امتحانات
- هموم مالية
- الاهتمام بكبار السن...
- عدم التنظيم

صدمات

- صدمة الاغتصاب
- صدمة المعارك / الحروب
- صدمة اسرى الحرب
- صدمة الهجرة أو النفي

فهم معنى او طبيعة الضغط

عندما يواجه الفرد موقفاً ضاغط يهيء الجسم نفسه غريزياً للتصرف فيقوم مركز الضغط في الدماغ "Hypothlamus" بإرسال اشارات الى الجسم ليبدأ بالدفاع عن نفسه، فيفعل العديد من العمليات المتتالية لمساعدة الفرد على التكيف مع مصادر الضغط.

تزداد افرازات الادرينالين والكورتيزون (Fight/Flight hormone) في الدم فتزداد سرعة دقات القلب ويرتفع ضغط الدم وتتسع حدقة العين ويزداد معدل التنفس في الرئتين ويزداد افراز العرق ليزيد من برودة الجسم لكن يخف تدفق الدم الى الدماغ مما يقلل عنه الأوكسجين وهذا يفسر قيام الافراد بتصرفات متهورة احياناً أثناء تعرضهم لضغوطات.

كما ترتفع نسبة السكر في الدم لتؤمن الطاقة اللازمة للعضلات حتى تتجاوب مع الظرف الطارئ.

وبالرغم من ان ردود افعال الجسم هذه تساعد الفرد على العمل بفاعلية اكبر في ظل الضغوطات التي تستمر لفترات زمنية قصيرة، إلا أنها من الممكن أن تؤدي الى تدمير بعض اعضاء الجسم على المدى الطويل.

هذا ويفّعل الجهاز السمبثاوي ثم يعمل الجهاز الباراسمبثاوي على اعادة توازن الجسم. لكن في حالة التعرض للضغوطات باستمرار، تقل قدرة الجسم على المقاومة ويضعف الجهاز العضوي المقاوم ويضطرب أداءه مما يؤثر سلباً على صحة الجسم ويؤدي تراكم الضغوطات والتعرض لها باستمرار الى اضعاف جهاز المناعة.

يحدث هناك خلل في اداء الناقلات العصبية (Neurotransmitters) التالية" .

- السيروتونين: Serotonin والمسؤول عن تنظيم عملية النوم
- النورادينالين: Noradrenalin المزود بالطاقة للجسم
- الدوبامين:Dopamine والذي يفرز هرموني الـ

Endorphine و الـ Dopamine وهم مصدر الشعور بالسعادة وتخفيف الألم أن هذا الخلل يؤدي الى اضطرابات النوم (الأرق) والشعور بالخمول والكسل.

زملة التكيف العام General Adaptation Syndrome (GAS)

وضح الباحث والعالم الرائد في مجال دراسة الضغوطات النفسية "د. هانز سيلي "Hans Seyle" استجابة الجسم للضغوطات كالتالي:

1. **استجابة التنبه: Alarm Reaction**

يتنبه الجسم كاستجابة أولية لضغط ما دون أن تتأثر أي من اجهزة اعضاء الجسم.

2. **مرحلة التكيف أو المقاومة: stage of Adaptation or Resistance**

في حالة استمرار الضغط لمدة طويلة يتعود الجسم على الضغط ويدخل مرحلة التكيف لكن تضعف مقاومة الجسم لأي ضغط آخر.

3. **مرحلة الارهاق / الانهاك: Exhaustion**

ومع تواصل التعرض الى الضغوطات، تقل طاقة التكيف المحدودة (Adaptation Energy) ويضعف الجهاز العضوي المقاوم ويضطرب أداءه مما يؤثر سلباً على صحة الفرد ويصبح اكثر عرضه للأمراض.

<u>ما الذي يؤثر على قدرة الفرد على تحمل الضغوطات؟</u>

1) طبيعة الحدث الضاغط: The Nature of the stressor

Predictability – Duration – Intensity – Frequency – Imminence

إن أهمية الحدث الضاغط ومدته وتأثره التراكمي وتنوع مصادره وظرف حدوثه (ظرف طارئ أم متوقع) يؤثر على الفرد كما أن مستوى تحمل الضغوطات (Stress tolerance level) لدى كل فرد يساهم في مدى تأثره على تحمل الضغوطات.

2) كيفية رؤية الفرد للاحداث ومستوى تحمل الضغوطات

- إن ادراك الفرد للتهديد بشكل ايجابي والتوقعات الواقعية تسهل عملية التكيف.
- طريقة تفكيره (المنفتح/ المغلق)
- خبرات الفرد المبكرة أما تعطي مناعة أو تزيد من قابلية التأثر بالضغط
- مفهوم الذات – الكفاءة الذاتية

3) المصادر الخارجية والدعم الاجتماعي

العلاقات العائلية والاجتماعية الداعمة تقلل من تأثر الفرد بالضغوطات، كذلك طبيعة العلاقة مع الشريك (أما تزيد التوتر أو تزيله)

4) شدة الضغط وخبرة الازمة

- مواقف ضاغطة مزمنة (الوضع في الضفة الغربية)
- ضغط حاد مفاجىء وشديد (فقدان انسان عزيز)
- كثرة الاحداث في حياة الفرد هي مؤشر لمدى شعوره بالغم والضغط.

نوع شخصية الفرد والضغوطات النفسية

تختلف تأثير الضغوطات على الأفراد حسب نوع شخصيتهم وهناك 3 أنواع من الشخصيات تتسم بسمات وأنماط سلوك مختلفة ومن النادر أن تجد شخصا ينطبق عليه النوع (أ) أو النوع (ب) أو النوع (ج) بالكامل.

الشخصية نوع (أ): Type A Personality

تتميز بالتالي:

- ميل قوي إلى التنافس.
- نفاذ الصبر والاستعجال الدائم والدقة والحرص على المواعيد.
- الغضب والعداوة.

كما أن هذا النوع يظهر النزاعات التالية:

الميل إلى الحزم، المغامرة، السعي لحو الكمال، الإدمان على العمل، كثرة الانجاز، سهولة الإثارة والغضب بسرعة.

ويعاني أصحاب هذه الشخصية من:

مشاكل في القلب وتصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم ووجود مستويات عالية من الكوليسترول في الدم.

الشخصية نوع (ب): Type B Personality

وتظهر عليه النزعات التالية:

- عدم التنافس
- رباطة الجأش
- القناعة
- الهدوء
- الصبر وطول البال
- الاستمتاع بالروتين
- والشعور بالسعادة من جراء العمل بعيدا عن الملاحظة والمتابعة.

وهم الأقل تضررا بالضغوطات.

الشخصية نوع (ج): Type C Personality

ومن خصائصهم التالي:

- كتم الانفعالات السلبية.
- عدم التعبير الانفعالي (خاصة الغضب).
- الطاعة العمياء والموفقة على كل شيء يقال لهم.

وقد أوجدت الدراسات علاقة هذا النوع من الشخصية بأمراض السرطان.

ما هي العوارض التي تظهر على من وقع في فخ الضغط النفسي؟

_ العوارض السلوكية.

_ العوارض الجسدية.

_ العوارض الفكرية.

_ العوارض الانفعالية.

عوارض الضغط النفسي السلوكية

- إفراط في التدخين
- إفراط في الأكل
- فقدان الشهية المؤقت
- فقدان الشهية المرضي
- إهمال الشكل الخارجي والهندام
- طريقة عدائية في قيادة السيارة
- التزام الصمت
- نتف الشعر
- قضم الأظافر
- أفكار ثابتة وهوس بفكرة ما
- حكة
- التشتت بين نشاطات عدة دون إتمام أي منها (أعمال منزلية، عمل في المكتب).
- تصرفات موسوسة (التأكد عدة مرات من إقفال الأبواب أو إغلاق صمام قارورة الغاز بإحكام..).

عوارض الضغط النفسي الفكرية

- تراجع في القدرة على التركيز.
- ضعف في الذاكرة.

- عجز عن استيعاب معلومات جديدة.
- دوران الأفكار في دائرة مفرغة.
- تراجع في القدرة على ربط الأمور منطقيا ببعضها البعض.
- تردد.
- اتخاذ قرارات متسرعة.
- سلوك غريب.
- أخطاء كثيرة.
- حكم مغلوط على الناس والمواقف.
- عدم دقة.
- صعوبة في إنجاز ولو أبسط المهمات.
- إعطاء أهمية كبرى للتفاصيل.

عوارض الضغط النفسي الجسدية

- تشنج وانقباض في الحلق والصدر والمعدة والكتفين والرقبة والخدين.
- صداع وشعور بآلام الشقيقة **migraine**.
- ألم في الظهر.
- أنفاس متقطعة.
- لهلث، حتى أثناء الراحة.
- اختلاجات في القلب (خفقان شديد).
- توتر وفروغ صبر.
- حركات عصبية لا إرادية (رجفة في الوجه أو العيون او الفم..).
- جفاف في الفم.
- صوت مرتفع جدا.
- عرق.
- برودة في اليدين والقدمين.

- رجفة.
- شعور بالدوار.
- شعور بالتعب.
- آلام في المعدة.
- عسر هضم.
- غثيان.
- حاجة ملحة للتبول مرارا.
- إسهال.
- أرق
- اضرابات في الحياة الجنسية.
- تقرح في المعدة.
- حساسية مفرطة على الضجيج.
- التهاب القولون.
- ارتفاع ضغط الدم.
- أعراض القلب وتصلب الشرايين.
- السرطان / السكري.

عوارض الضغط النفسي الانفعالية

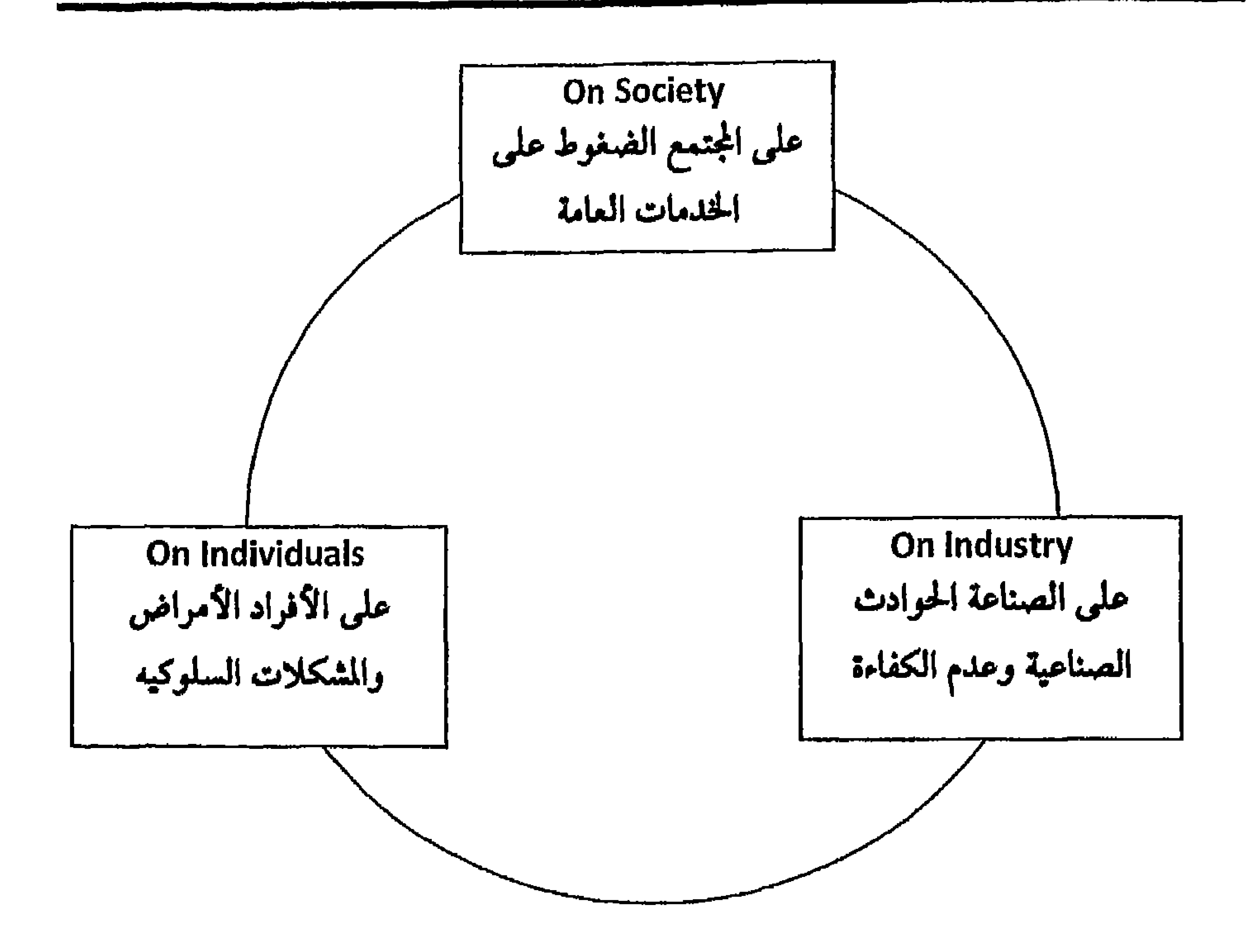
- قلق وغم
- دعر مرضي من شيء معين
- نوبات هلع
- إحساس بالتعرض للاضطهاد
- عدائية
- ارتياب وشكوك في كل شيء
- إحساس الذنب

- إحساس بالتعب الشديد عدم المبالاة
- تقلب المزاج وسهولة الإثارة
- نوبات بكاء
- شعور بالوحدة الانسحاب
- قلق مفرط وتوتر
- فقدان روح الفكاهة والكآبة
- انطواء على الذات

تحليل آثار الضغوط

تزيد تكلفة الضغوط في القطاع الصناعي في الولايات المتحدة على 150 بليون دولار في العام تتمثل في:

- غياب الموظفين.
- أداء منخفض.
- انخفاض جودة الخدمة.
- الفوضى/ عدم النظام.
- زيادة الشكاوي.
- عدم اتخاذ القرارات الصحيحة.
- فقدان الوظيفة.
- انفاق الوقت والمال في إعادة تدريب العمال أو إعادة الاستقطاب من أجل إحلال موظفين جدد.
- اهتزاز سمعة المؤسسة / الشركة.
- عدم الرضى الوظيفي وصراع بين الموظفين والرؤساء.



آثار الضغوط على المجتمع

يتحمل المجتمع تكلفة الخدمات العامة مثل:

- الرعاية الصحية لمن أصابتهم الضغوط بالمرض.
- المعاشات التي تقدم في حالة التقاعد المبكر.
- إعانات العجز لمن أصيبوا في حوادث العمل بسبب الضغوط.

آثار الضغوط على الأفراد

- التوتر وسرعة الغضب مما يؤثر على الاستقرار العام في حياة كل فرد.
- زيادة إفراز هرمونات الجسم التي تؤدي مع الوقت إلى إضعاف جهاز المناعـ والإصابة بالأمراض.
- ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب.
- القيام بسلوك تخريبي او هدام.

- عدم استقرار الحالة المزاجية.
- عدم الثقة بالذات – الاكتئاب.
- تفكك أسري وعائلي.
- ازدياد معدلات الطلاق.
- صراع بين أفراد الأسرة.
- فقدان الدعم الاجتماعي.

قياس معدلات الضغوط

الضغوط المجتمعية

وهي التي تكون واضحة في المجتمع بصفة عامة، وتعبر عن نفسها في شكل انحراف في السلوك العام.

العناصر التي يمكن قياسها

- التغيرات غير المتوقعة في معدلات الجريمة.
- معدلات البطالة، مع إشارة خاصة للمدن الداخلية، والتي ربما تكون البطالة فيها مستوطنة.
- النتائج التعليمية، وخصوصا للمدارس في المناطق الفقيرة أو غير الحضارية بالدولة.
- معدلات الهجرة، وكذا النزوح الداخلي.

الضغوط الشخصية

وهي التي تسبب للأفراد المعاناة من قصور امكاناتهم بما لا يسمح لهم بالعمل عند المستوى المقبول.

العناصر التي يمكن قياسها

- الأرق المستمر.
- الإحساس بالضيق، الصداع، أو أية أعراض جسمانية أخرى غير معلومة المصدر.
- التغيرات في أنماط الأكل.
- الارتفاع الملحوظ في معدلات التدخين.

الضغوط التنظيمية

وهي التي تؤثر في الروح المعنوية العامة للمنظمة، وتظهر في صورة مشكلات مالية وأخرى شخصية.

العناصر التي يمكن قياسها

- التغيرات غير المتوقعة في معدلات الغياب بين الموظفين.
- جودة الانتاج داخل المنظمة مع التركيز على التدهور الواضح.
- عدد الحوادث المرتبطة بالعمل.
- عدد المشكلات الصحية المرتبطة بالعمل.

ضغط العمل: Job Stress

إن الحياة المهنية مصدر لا ينضب للضغوطات النفسية ويمكن تعريف ضغط العمل على أنه الاستجابات النفسية والجسمية الضارة التي تحصل نتيجة عدم توافق او انسجام متطلبات العمل مع قدرات وامكانيات واحتياجات العامل.

أسباب ضغوط العمل:

- التغيرات التي تحدث في مجال العمل.
- إدخال تكنولوجيا جديدة.
- تعديل الأهداف.
- الضغوط النظمية.

1. تصميم المهام والتنظيم الإداري: Design of tasks

- عبء العمل (متطلبات العمل تفوق القدرات الممكنة والموارد المتوفرة).
- عدم توفر وقت كافي للراحة خلال الدوام.
- دوام عمل لساعات طويلة ووجود تناوب (Shifts) في أوقات العمل.
- مهام روتينية لا تعود على الفرد بالرضى.
- مهام لا تبرز مهارات العامل.
- مهام كثيرة دون القدرة على التحكم بها.

- مهام فيها الكثير من المسؤولية مثـل موظـف بـرج المراقبـة في المطـار قائـد الطـائرة، مسؤول شرطة

2. أسلوب الإدارة:

- عدم مشاركة العمال في اتخاذ القرارات.
- تواصل سيء ضمن مؤسسة العمل.
- عدم وجود بوليصات تأمين للموظفين.
- عدم الشعور بالانتماء إلى المؤسسة / الشركة.
- التفرقة بين الموظفين بناءا على اللون، العمر، الجنس، الديانة، العرق.

3. علاقات بينشخصية:

- العمل مع أفراد مزعجين في جو تنافسي ورداءة الاتصال بينهم.
- عدم وجود قيادة متفهمة.
- عدم وجود دعم أو مساندة من المشرفين او الزملاء.

4. أدوار العمل:

- عدم إيضاح التوقعات من كل فرد.
- إعطاء مسؤوليات وأدوار عديدة في آن واحد.
- الافتقار إلى وصف مهني واضح.

5. المهنة:

- عدم وجود الفرد المناسب في المكان المناسب.
- عدم امكانية النمو او الترقية في العمل.

6. بيئة العمل:

- **Noise & ergonomic problems.**
- نقص التهوية وعدم كفاية الإضاءة.

- العمل في بيئة خطرة.
- الضجيج.
- العزلة داخل مبنى العمل.

استراتيجيات التعامل مع الضغوطات

كيف أدير الضغوطات بشكل أفضل؟

التعرف على الضغوطات المكبوتة والوعي بآثارها على حياتنا وأنفسنا ليس كافيا لتخفيض آثارها السلبية. مثلما ان هناك مصادر مختلفة للضغوطات، هناك أيضا استراتيجيات كثيرة لإدارتها او التعامل معها. على أي حال كل هذه الاستراتيجيات تستلزم العمل باتجاه التغير. غير مصدر الضغط/ أو غير استجابتك تجاه الضغط. كيف تبدأ؟

أصبح واعيا بمصادر الضغط وبردة فعلك الانفعالية والجسدية

لاحظ ما يزعجك ويضغطك.لا تتجاهله. قرر ما هي الأحداث التي تسبب لك الحزن او الكرب أو الغم، وكيف أنك تخاطب نفسك تجاه هذه الأحداث.

لاحظ استجاباتك الجسدية تجاه الضغوطات، هل تصبح متوترا أو منزعجا؟ هل تصيبك آلام جسدية؟ ما هي؟

تعرف على ما تستطيع تغيره

- هل تستطيع ان تغير الضغوطات من خلال تجنبهم أو استئصالهم نهائيا؟
- هل تستطيع أن تخفف من شدتهم (أن تتعامل معهم خلال مدة معينة من الوقت عوضا عن التعامل اليومي أو الأسبوعي؟).
- هل تستطيع أن تقصر من تعرضك للضغط؟ (أخذ إجازة، ترك المكان)
- هل تستطيع أن تخصص الوقت والطاقة اللازمة لعمل التغير المناسب؟ (وضع أهداف استخدام فنيات إدارة الوقت **Time – Management**).
- رتب أولوياتك.

خفف من شدة استجاباتك الانفعالية تجاه الضغوطات

إن ما يثير ردة فعلك نحو مصدر الضغط هو إدراكك للخطر (Perception of Danger). قد ريكون خطرا جسميا أو خطرا انفعاليا عاطفيا، هل تضخم من نظرتك إلى الضغوطات أم تراها كالكارثة؟

- هل تتوقع أن ترضي الجميع؟
- هل تضخم من استجابتك وترى الأمور بأنها مستعجلة ودقيقة جدا؟
- هل تشعر بأنه يجب أن تكون محور الانتباه في كل موقف؟

اعمل على تبني اتجاهات معتدلة (moderate Perceptions) وحاول ان تتعامل مع الضغوطات بدلاً من ان تكون مصدر مسيطر عليك.

حاول أن تفرغ مشاعرك بالطرق التوكيدية أو من خلال الرياضة وليكن منظارك إلى الأمور منظار واقعي ولا تركز على الاحتمالات السلبية أو النواحي السلبية من خلال أن تسأل What if? ماذا لو؟

تعلم ان تكون معتدلا في استجاباتك الجسمية للضغوطات

تنفس بعمق وبهدوء (Diaphragmatic breathing Techniques)، استخدام فنيات الاسترخاء والحديث الذاتي الإيجابي (Relaxation Techniques Positive self - talk).

إن التغذية الراجعة الالكترونية (Electronic Biofeedback) ممكن أن تساعدك في السيطرة الادارية على توتر العضلات، سرعة نبضات القلب، وضغط الدم.

ابني مخزون جسماني Build your physical Reserves

- مارس التمارين الرياضية والرياضة بأنواعها باعتدال.
- تناول طعام مغذي ومتوازن.
- حافظ على وزنك المثالي / تجنب(التدخين) النيكوتين والكافين والمواد المنشطة.

- ضع اوقات للترفيه بجانب أوقات العمل. خذ إجازات وابتعد عن محيط العمل. سافر من أجل السياحة والاستجمام قدر الإمكان.
- نام جيدا وحافظ على موعد نوم محدد. استرخ قدر المستطاع.
- دلك جسمك بالعطور (Aroma therapy).

حافظ على مخزونك العاطفي: Maintain your Emotinal Reserves

- نمي علاقات وصداقات داعمة.
- تابع أهداف واقعية ذات معنى لك وليس أهداف يضعها لك الآخرين.
- توقع بعض الاحباطات، توقع الفشل أحيانا وتوقع الحزن.
- كن دائما لطيفا مع نفسك كن صديق نفسك.

ادعم ثقتك بذاتك/ اعتبارك لذاتك/ كفاءتك الذاتية.

- تعلم وجسّد استراتيجية التحكم بالذات **Self –control**.
- لتكن نظرتك إلى حياة متفائلة.
- احرص على وجود دعم عاطفي في حياتك (من الأصل / الشريك / الأصدقاء).
- خذ جرعة يومية من الضحك.
- انعم بما لديك فإن السعادة بين يديك.
- اعتمد على قوة أكبر وأقوى منك (الله).
- عبر عن مشاعرك، خاصة عن غضبك. تكلم عن ذلك بصوت مرتفع أو أكتب رسالة ودون مشاعرك.
- انتبه على صحتك: اعمل فحوصات مختبر، دم، بول... وقم بزيارة الطبيب عند ظهور أعراض تعب وإرهاق. لا تهمل صحتك.
- لا تحقد. تعلم أن تسامح وأن تع الماضي خلفك. حرر قلبك ودعه يحب إلى أقصى درجة ممكنة. **Practice the following: Relaxation- Yoga – Meditation.**
- قم بزيارة مرشد أو معالج نفسي.

ما الذي يمكن عمله تجاه ضغط العمل؟

ضع برامج لإدارة الضغوطات مثل:

1. برامج مساعدة الموظفين: **Employee Assistance Programs** حيث تتضمن تدريب الموظفين على التالي:
   - الاسترخاء العضلي
   - التأمل
   - إدارة الوقت
   - التعامل مع المشاكل البينشخصية
   - تغير أسلوب الحياة (معلومات عن أهمية الغذاء الصحي والتمارين الرياضية).

غير في تنظيم المؤسسات Organizational Change

- تأكد من توافق عبء العمل مع قدرات الموظفين ومن توفر المصادر التي تتيح للموظفين بالقيام بعملهم على أتم وجه.
- صمم الأعمال التي تمنح الموظف معنى بحيث يستطيع توظيف مهاراته وأن يكون خلاقا في عمله.
- صف أدوار العمال/ الموظفين ومسؤولياتهم بوضوح.
- أعط العمال فرصة المشاركة في اتخاذ القرارات والعمل بما هو لمصلحة عملهم.
- حسن من طرق الاتصال بين الموظفين والرؤساء.
- أعط فرص للتفاعل الاجتماعي بين الموظفين.
- ضع جداول أعمال منسجمة مع متطلبات الموظف ومسؤولياته خارج العمل.

الطرق الوقائية:

تعرف على المشكلة: Identify the Problem

- أقم مناقشات جماعية مع الموظفين.
- أعمال استبيان لمعرفة آراء العمال / الموظفين.

- قم بقياس كيفية رؤية الموظفين لظروف العمل وللضغوطات التي يواجهونها، أسأل عن المشاكل الصحية التي يعانون منها، ومدى رضاهم عن عملهم.
- اجمع معلومات موضوعية.
- قم بتحليل المعلومات للتعرف على مواقع / موطن المشكلة وعلى ظروف العمل الضاغطة.

صمم وطبق التدخلات المناسبة: Design & Implement Interventions

- حدد مصدر الضغط من أجل تغيره.
- اقترح استراتيجيات للتدخل ورتبها حسب الأولوية.
- اعلم الموظفين بالتدخلات أو التغيرات التي تم التخطيط لها.
- طبق هذه التغيرات.

قيم هذه التدخلات / التغيرات Evaluate the Interventions

- قيم مدى فاعلية هذه التدخلات الجديدة.
- قم بقياس كيفية رؤية الموظفين للوضع الجديد ومدى رضاهم.
- لتكن هذه القياسات موضوعية.
- حسن من استراتيجية التدخل وعاود الرجوع إلى خطوة رقم (1) عند الحاجة.

استرتيجيات سلوكية – معرفية للتعامل مع الضغوطات:

- التحصين ضد الضغوطات.
- إعادة التصور.
- تقليل الحساسية التدريجي.
- إدارة الوقت.

إن تعليم الفرد مهارة التحصين ضد الضغوطات يشبه المفهوم الطبي للتطعيم Vaccination حيث أنه إجراء وقائي ينمي مقاومة الفرد للضغوطات قبل التعرض لها ويمنحه القدرة على التعامل معها بفاعلية.

الهدف من الاستراتيجية: تدريب الفرد على التفكير المنطقي العقلاني وتعليمه مهارات الاسترخاء والتخيل لمواجهة كافة المواقف الضاغطة.

استراتيجية إعادة التصور: مبنية على أساس أن إطار الفرد المرجعي عن ذاته وعن الحياة ممكن أن يؤدي إلى أنماط محددة للذات والتفكير وللسلوك مع الآخرين بسبب التثبيت الوظيفي "functional Fixity" لطريقة تفكيره لذلك يجب العمل على تعديل هذا الإطار ليتمكن الفرد من اكتساب رؤيات جديدة ومنظار مرن في التفكير، وتفسير الاحداث بطريقة أكثر إيجابية.

تقليل الحساسية التدريجي: (عن طريق التخيل).

يتم التعرف على الموقف المثير للتوتر او القلق، ثم يتم بناء حرم القلق مع مراعاة SUD (Subjective Unit of disturbance) كما يتم التعرف على المناظر المريحة او المشاهد المهدئة لأعصاب الفرد ويتم تدريبه على الاسترخاء. ثم يقوم المرشد بعمل (Counter Conditioning) اشراط مضاد ليتمكن الفرد من اقران استجابة خالية من التوتر مع المثير او الموقف الضاغط.

تقنيات الاسترخاء لتخفيف الضغط النفسي
• **الاسترخاء التدريجي للعضلات** - اجلس أو تمدد بوضع مريح واغمض عينيك. دع فكّك يسترخي كذلك عينيك ولكن من دون إغماضهما بقوّة. - افحص جسدك ذهنياً، بدءاً من أصابع قدميك وببطء نحو رأسك. - ركز على كل منطقة على حدة، وتخيّل بأن التوتر يذوب تدريجياً. - شدّ عضلاتك في إحدى مناطق جسدك، عدّ حتى الخمسة، ثم ارخها انتقل إلى المنطقة التالية.
• **التخيل البصري** – دع الأفكار تنساب في ذهنك من دون التركيز على أيٍّ منها. أرحِ نفسك بأنك مسترخٍ وهادئ وبأنّ يديك دافئتان (أو باردتان إن كنت تشعر بالحرّ) وثقيلتان وبأن قلبك ينبض بهدوء. – تنفس ببطء، بانتظام وبعمق. – فور استرخائك، تخيّل بأنك في مكانك المفضّل او أمام منظر أخّاذ. – بعد 5 إلى 10 دقائق، اسحب نفسك من هذه الحالة تدريجياً.
– **تنفّس باسترخاء** – الممارسة، يصبح بمقدورك التنفس بشكل عميق ومسترخٍ. مارس ذلك وأنت مستلقٍ على ظهرك، بينما ترتدي ملابس مريحه على الخصر والبطن. وفور اعتيادك على التنفس بهذه الوضعية، تدرب على ممارسة التنفس وأنت جالس ومن ثمّ وأنت واقف. – تمدّد على سرير على ظهرك. – باعد بين قدميك قليلاً. أرح إحدى يديك على بطنك، قرب السرّة والأخرى على صدرك. – اشهق من أنفك وازفر منفمك. – ركز على تنفسك لبضع دقائق بعد ذلك، حاول أن تعي أياً من يديك ترتفع وتنخفض مع كل نفَس. – ازفر بلطف معظم الهواء الموجود في الرئتين.

- تنشّق وأنت تعدّ ببطء حتى الأربعة، ما يعادل ثانية بين كل رقم.ومع التنشّق بلطف، مدد بطنك قليلاً حتى يرتفع حوالي 1 إنش. (ويجب أن تشعر بالحركة من خلال يدك). ولا ترفع كتفيك أو تحرك صدرك أثناء ذلك.
- مع التنفّس، تخيّل بأن الهواء الدافئ ينساب في جميع أجزاء جسدك.
- استرح لثانية بعد التنشّق.
- ازفر ببطء وأنت تعدّ حتى الأربعة. وأثناء الزفير ستشعر ببطنك ينخفض ببطء.
- أثناء خروج الهواء، تخيّل بأن التوتر يخرج معه.
- استرح لثانية بعد الزفير.
- إن وجدت صعوبة في الشهيق والزفير حتى الأربعة، قصر الوقت قليلاً ثم تدرب تدريجياً حتى الأربعة. وفي حال شعرت بدوران أبطئ من تنفسك أو اجعل نفسك أقل عمقاً.
- كرر التمرين: شهيق بطيء، استراحة، زفير بطيء، استراحة، من 5 إلى 10 مرات. ازفر. تنشّق ببطء: 4.3.2.1 استرِح. ازفر ببطء: 4.3.2.1 استرح. تنشّق: 4.3.2.1 استرِح. ازفر: 4.3.2.1 استرح.ثمَ تابع بمفردك. وإن واجهت صعوبة في جعل تنفسك متنظماً، خذ نفساً أعمق بقليل، وأمسكه لثانية أو ثانيتين، ثمّ دعه يخرج ببطء عبر شفتيك المنفرجتين خلال عشر ثوانٍ تقريباً.
- كرر هذه العملية مرة أو مرتين ثمّ عاود التقنية الأخرى.

استراتيجية إعادة التصور: Reframing	
Example of امثلة على قيادة المرشد counselor ieads	Item :البند
	1.الاساس المنطقي لاعادة التصور
عادة، عندما تفكر بموقف مشكل تؤدي استجاباتنا الاولية او الحدسية الى انزعاج او توتر. فمثلا نحن نركز فقط على السمات السلبية للموقف ونغض النظر عن بعض التفاصيل الاخرى. ونصبح متوترين او قلقين عندما نركز فقط على السمات السلبية المتنقاه للموقف.	- يفسر المرشد هدف اعادة التصور
سوف نتعرف على ماهية السمات التي تنتبه لها عندما تفكر بالموقف المشكل. ومتى ما اصبحت واعيا بهذه السمات سوف ننظر الى النواحي الايجابية او الحيادية التي يتم عادة تجاهلها او غض النظر عنها. ثم نستطيع العمل على دمج هذه الاشياء في كيفية ادراكك للموقف المشكل.	- يعطي المرشد لمحة عامة عن اعادة التصور
كيف يبدو هذا لك؟ هل انت مستعد لمحاولة هذا الاجراء.	- يؤكد المرشد على استعداد المسترشد في استخدام هذه الاستراتيجية.
	2.التعرف على ادراكات المسترشد ومشاعره في المواقف المشكل.
- عندما تفكر بالموقف المشكل، ما هي السمات التي عادة تلاحظها اوتنتبه اليها؟ - ماذا يتبادر الى ذهنك اولا؟	- يساعد المرشد المسترشد في التعرف على السمات التي ينتبه اليها خلال الموقف المشكل. (قدتلجأ الى استخدام التخيل مع بعض المسترشدين).
-كيف تشعر عادة؟ ماذا تشعر تجاه هذا الموقف؟	- يطلب المرشد من المسترشد تحديد مشاعره التي عادة يشعر بها خلال الموقف المشكل.
Deliberate Enactment of Selected Perceptual Jeahiren	

3. التفعيل المقصود (المتعمَّد) لسمات ادراكية منتقاة	
- يطلب المرشد من المسترشد اعادة تمثيل الموقف (بالتخيل او من خلال لعب الادوار.) وان ينتبه بشكل قصدي الى السمات المنتقاه. (قد يحتاج المسترشد الى تكرار هذه الخطوة عدة مرات).	- دعنا نقوم بلعب الادوار او بالتخيل حيث تستطيع تمثيل هذا الموقف. هذه المرة اريدك ان تركز بشكل مقصود على السمات المنتقاه (النواحي الموقف التي تم تحديدها. لاحظ كيف انك تنتبه الى ....
4. التعرف على الادراكات البديلة	
_ يطلب الرشد من المسترشد تحديد السمات الايجابية اوالسمات الحيادية للموقف المشكل. يجب ان يكون الاطار الجديد ممكن، معقول ومقبول من قبل المسترشد ومناسب للعمر وقيمه وجنسه وعرقه.	_ الان اريد ان تحدد السمات الحيادية او الايجابية الاخرى للموقف المشكل. _ ان هذه السمات عادة ما تكون قد نسيتها او تجاهلتها. فكر في سمات اخرى. _ ما هي النواحي الاخرى غير الظاهرة للموقف والتي يمكن ان تزودك بطريقة مختلفة في رؤية الموقف؟
5. تعديل الادراكات في الموقف المشكل	
_ يطلب المرشد من المسترشد تعديل ادراكه او نظرتة للموقف المشكل من خلال التركيز او الانتباه على السمات الايجابية او الحيادية. (اناستخدم لعب الادوار او التخيل يسهل هذه العملية لبعض المسترشدين). (وقد يحتاج المسترشد الى التمرين على هذه الخطوة مرات عديدة).	_ عندما تمثل الموقف المشكل اريدك ان تغير ما تنتبه اليه في الموقف من خلال ان تفكر بالسمات الايجابية او الحيادية التي تم تحديدها. _ ركز فقط على هذه السمات.
6. الواجب المنزلي والمتابعة	
_ يشجع المرشد المسترشد على ممارسة ادراكاته المعدلة في المواقف الواقعية _ يطلب المرشد من المسترشد ان يدون استخدامة للاستراتيجية في سجل الواجب المنزلي _ يقوم المرشد بالمتابعة (خلال المتابعة يعلق المرشد على سجل المسترشد ويشير الى التغيرات الادراكية البسيطة).	_ ان التمرين مهم جدا في تعديل ادراكاتك كلما تفكر او تواجه موقف مشكل ركز على السمات الايجابية أو الحيادية للموقف. _ اريدك ان تستخدم هذا السجل من اجل تدوين عدد المرات التي تمارس او تستخدم بها الاستراتيجية. ايضا دون مشاعرك الاولية والنهائية في هذه المواقف. _ دعنا نلتقي بعد اسبوعين من الان _ لا تنس أن تحضر السجل معك. سوف نرى كيف تسير الامور.

استراتيجية التحصين ضد الضغوطات	
البند: Item	امثلة على قيادة المرشد Example of counselor Leads
التحصين ضد الضغوطات	
1.الاساس المنطقي Rationale	
_ يفسر المرشد الهدف من التحصين ضد الضغوطات	_ ان التحصين ضد الضغوطات هي طريقة لمساعدتك في التعامل مع مشاعر التوتر حتى تتمكن من استجاباتك عندما تواجه المواقف الضاغطة.
_ يعطي المرشد تلخيصا او لمحة عامة عن اجراء التحصين ضد الضغوطات.	_ اولا سوف نحاول ان نفهم كيف ان مشاعرك المتوترة توثر عليك الان. ثم ستتعلم بعض مهارات التفاعل والتي ستساعدك على الاسترخاء الجسدي وستساعدك على استخدام الافكار التكيفية بدلا من الافكار الهازمة للذات. وبعد ذلك ستتمكن من ايجاد الفرصة لاختبار مهاراتك التعايشية في مواقف ضاغطة نجهزها معا.
_ يتأكد المرشد من معرفة ما اذا كان المسترشد مستعدا لاستخدم الاستراتيجية	_ كيف تشعر الانا ازاء العمل وفق هذا الاجراء؟
2.اعطاء المعلومات Information giving	
_ يشرح المرشد طبيعة الاستجابة الانفعالية للفرد في المواقف الضاغطة	– لربما تدرك انك عندما تكون متوترا، يكون جسدك مشدودا. وانك قد تفكر بطريقة قلقة او توترية فتكون قلقا من الموقف ومن كيفية التعامل معه. ان كل من مشاعر التوتر الجسدي والافكار السلبية المقلقة (تسبب) لك التوتر.
_ يشرح المرشد المراحل الممكنة التي تمر بها استجابة الفرد عندما يتعرض لموقف ضاغط	– عندما تشعر بالتوتر، تميل الى الاعتقاد بأن استجابتك هي استجابة هائلة. في الواقع انت تشعر بالتوتر في بعض الاوقات او المراحل فقط – مثلا: قد تشعر بالانقباض الشديد لمجرد توقع حدوث الموقف. ثم قد تشعر بالانقباض خلال الموقف خاصة اذا شعرت بأنك اصبحت مغمورا به. وعند انتهاء الموقف قد تشعر بالارتياح، لكن في الوقت ذاته، قد تشعر بالخيبة من نفسك.

ـ يفسر المرشد انواع محدودة من مهارات التعايش التي يجب ان يتعلمها المسترشد خلال تزويده بمهارة التحصين ضد الضغوطات . كما يتعلم المسترشد اهمية مساهمته في تفصيل ما يناسبه من استراتيجيات التعايش الملائمة له	ـ سوف تتعلم بعض الاستراتيجيات المرتبطة بالعمل – المباشر مثل الاسترخاء الغضلي والاسترخاء الذهني، اضافة الى الطرق المنطقية التي تخفف من حدة التوتر المرتبط بالموقف. سوف تتعلم طرقا مختلفة في كيفية النظر الى الامور والتفكير بها. قد لا تناسبك كل هذه الاستراتيجيات لذلك تكون مساهمتك في انتقاء الاستراتيجية التي تناسبك امر ضروري.
3.اكتساب وممارسة مهارات التعايش المرتبطة بالعمل المباشر	
ـ يناقش المرشد وينمذج استراتيجيات التعايش المرتبطة بالعمل المباشر (او يستخدم نموذج رمزي) ـ يجمع المرشد معلومات موضوعية وواقعية عن المواقف الضاغطة . ـ حدد طرق مختصرة او طرق هروبية او طرق بديلة للتخفيف من حدة توتر الموقف.	– اولا: سوف افسر كل استراتيجية ونتكلم عنها. ثم سوف ابين لك كيفية تطبيقها عندما تشعر بانك مستفز (Provoked) – احيانا يساعدك ان تحصل على اية معلومات عن الاشياء التي تثير غضبك او تستفزك. دعنا لحدد انواع المواقف او الافراد الذين يثيرون مشاعر التوتر لديك. ثم سنرى ما اذا كانت هناك طرقا اخرى لرؤية هذه الاستفزازات. فمثلا ماذا لو انك نظرت الى استجابتك من ناحية انها تتحدى قدرتك على حل المشكلة عوضا عن انها هجوم شخصي عليك؟ – افترض انك متورط في موقف وتشعر بان زمام الامور تفلت من يديك. ما هي بعض الطرق الممكنة للخروج من هذا الموقف والتخفيف من حدة التوتر قبلما تثور بعصبية؟ مثالا: الخروج من الغرفة العد لغاية (60) استخدام روح الدعابة.
الاسترخاء الذهني	
تشتيت الانتباه **(Attention diversion)**	ان احدى طرق التحكم او السيطرة على الغضب هو ان تشتت تفكيرك اي تحويل انتباهك من الفرد الذي يثير غضبك.اما اذا كان عليك البقاء في نفس الغرفة التي يوجد فيها الفرد المثير لقلقك، ركز على شيئا ما في تلك الغرفة وفكر بكل الاسئلة الممكنة والمتعلقة بذلك الشيء.

التحكم بالخيال **(Imagery Manipulations)**	حسنا تستطيع ان تمنع ثورة غضبك من خلال استخدام (خيالك) فكر بما هو مريح ومهدئ ويجلب لك السرور، مثل الاستماع الى الموسيقى المفضله لديك أو التواجد عند الشاطئ ...
الاسترخاء الجسدي: **(Physical Relaxation)**	يساعدك الاسترخاء العضلي على التأقلم كلما شعرت بالتوتر او ان اعصابك اصبحت مشدودة
الاسترخاء العضلي	ووجهك بدا بالحمرار. يفيد الاسترخاء العضلي لانه يعلمك كيفية ارخاء جسدك وبالتالي يمكنك من التحكم بغضبك.
فنيات التنفس **(Breathing Tcchniques)**	مهمة ايضا عند تعلم كيفية الاسترخاء الجسدي فعندما تاخذ نفس عميق قبلما تتفوه او تعمل بما لا ترغب به.
استراتجيات التعايش المهدئة للذات **(Palliative coping strategies)**	
ادراك نواحي اخرى للموقف **(Perspective taking)**	"دعنا ننظر الى هذا الموقف من منظار اخر. ما هي الاشياء التي ممكن ان تكون غاض النظر عنها في الموقف؟"
شبكات الدعم الاجتماعي **(Social support network)**	"دعنا نفكر سويا بالافراد او المصادر التي ممكن ان تشكل شبكة دعم اجتماعي لك" قد يساعدك ان تقضي بعض الوقت وانت تحاول التفريغ والتعبير عن مشاعرك من خلال الحوار والنقاش
التفريغ عن المشاعر والانفعالات **(Ventilation of feeling)** يختار المسترشد الاستراتيجيات الاكثر فاعلية ويتدرب عليها في ظل توجيهات المرشد	لقد ناقشنا معا العديد من الوسائل الممكنة التي ستمكنك من السيطرة على غضبك كي لا تنتج لديك اساءة سلوكيئة. انا متأكد من ان هناك بعض الاستراتيجيات المفضلة لديك لماذا لا تختار ما تعتقد انه مناسب لك؟ تستطيع ان تتدرب عليها حتى تتمكن من الشعور بفائدتها.

4. اكتساب وممارسة مهارات التكيف المعرفي	
- يصف المرشد اربعة مراحل لضرورة استخدام مهارات التعايش المعرفية للتعامل مع المواقف الضاغطة	- كما تتذكر من نقاشاتنا السابقة، تكلمنا عن أهمية استخدام إجراءات التعايش في بعض الأوقات المهمة خلال المواقف الضاغطة. والآن سنعمل على تزويدك بالأفكار المعرفية الفعالة لتساعدك. يجب أن تدرب نفسك على التفكير بها خلال تلك الأوقات أو المواقف الضاغطة خاصة خلال • التحضير للموقف. • التعامل مع الموقف. • التعامل مع اوقات حرجة خلال الموقف. • تشجيع الذات بعد الموقف.
5. اكتساب وممارسة المهارات المعرفية الفعالة	
- ينمذج المرشد امثلة عن عبارات التعايش لكل مراحلة من مراحل التعامل	- اولا سيتم تزويدك ببعض الافكار لكيفية استخدام افكار التعايش خلال كل من هذه الاوقات المهمة. مثلا عندما احاول ان احضر نفسي سيكولوجيا لموقف ضاغط (فكر كالتالي....).
- لكل مرحلة يختار المسترشد العبارات الاكثر طبيعية له	- "ان الامثلة التي زودتك بها قد لا تناسب طبيعتك، لذلك حبذا لو اخترت او اضفت ما يلائمك من عبارات حتى لا تكون غريبة عليك".
- يوجه المرشد المسترشد لكي يمارس هذه العبارات في كل مرحلة	- "قد تشعر بالغرابة في بادئ الامر لانك لست معتادا على التركيز على افكار التعايش هذه خلال هذه الاوقات. لذلك اود ان تشعر بفاعلية هذه الافكار التي اخترتها من خلال ممارسة التفوه بها بصوت مرتفع. دعنا نعمل اولا على العبارات التي تهيئك للتعامل مع المواقف الاستفزازية (الضاغطة)

– ينمذج المرشد طلبه من المسترشد أن يتدرب على تسلسل هذه المراحل الاربعة مع لفظ عبارات التعايش المرافقة لكل مرحلة.	– "حسنا، الان اريدك ان تتدرب على التعبير عن هذه الافكار بصوت مسموع وبالتسلسل الذي تستخدمه عند التعرض للمواقف الضاغطة. – مثلا: (ينمذج المرشد)". الان هيا حاول ذلك".
6. تطبيق جميع مهارات التعايش (التفاعل) في المواقف المتعلقة بالمشكل **Application of all coping skills to problem – Related Situations**	
– ينمذج المرشد كيفية استخدام الاستراتيجيات والمهارات التي تم انتقاءها من قبل المسترشد وكيفية تطبيقها بشكل تكيفي خلال تخيل موقف ضاغط	– الان تستطيع ان تتدرب على كيفية استخدام كل مهارات التعايش الفعال عندما تواجه موقف مشكل. مثلا افترض انني مكانك وان رئيس العمل جائني منتقدا لانه زود بمعلومات غير صحيحة عني. هكذا استخدام مهارات التعايش معه في ذلك الموقف.
– يمارس المسترشد استراتيجيات مهارات التعايش فيما يتخيل الموقف الضاغط، المتعلق بالمشكلة – (يتم اعادة هذه الخطوة حسب الحاجة)	– حسنا لماذا لا تحاول هذه المرة؟ فقط تخيل هذا الموقف وتخيل انك في كل مرة تبدأ بفقدان السيطرة على نفسك يكون ذلك بمثابة مؤشر لك لكي تستخدم مهارات التعايش
7. تطبيق كل مهارات التعايش في المواقف الضاغطة	
– يندمج المرشد تطبيق مهارات التعايش الخاصة بالمسترشد مواقف ممكن ان تكون مصدر للمشاكل مستقبلا	– "دعنا نعمل في بعض المواقف التي لا تشكل اية مشكلة لك الان لكن ممكن أن يظهر مستقبلا. سيمنحك ذلك فرصة لمعرفة كيف يمكنك تطبيق مهارات التعايش في المواقف اخرى قد تواجهها مستقبلا مثلا: افترض بانني علمت بأنني لم احصل على الترقية التي اعتقد بانني استحقها. هكذا اتعامل مع الموقف".
8. يتدرب العميل حسب الحاجة ويطبق مهارات التعامل مع المواقف الضاغطة المحتملة، وذلك من خلال	
1. تخيل موقف ضاغط محتمل	– لما لا تتخيل بأنه تم نقلك الى مكان جديد، وانت متفاجئ لذلك. تخيل يمكنك ان تتعامل مع هذا الموقف.

تطبيق جميع مهارات التعايش لمواقف ضاغطة محتملة (تعميم)	
- الاشتراك في التدرب من خلال لعب الادوار.	دعنا نلعب ادوار في الموقف التالي: "ساكون زوجك واعلمك بانني اكتشف بانني مريض جداً. تدرب على مهارات التعايش الخاصة بالموقف".
- خذ دور المعلم خلال لعب الادوار وعلم طالب جديد كيفية استخدام مهارات التعايش في مواقف ضاغطة	سأتظاهر هذه المرة بأن لدي مرض مزمن وبأنني اعاني من الم مستمر. اريدك ان تكون مدربي او مساعدي وان تعلمني كيف استطيع ان استخدم مهارات التفاعل للتعامل مع هذا الشعور المزمن بعدم الارتياح.
أعطاء واجب منزلي ومتابعة	
- يناقش المرشد والمسترشد امكانية تطبيق استراتيجيات التعايش في المواقف الواقعية	- انا واثق الان بانك تستطيع تطبيق كل هذه المهارات في مواقف تعتبر مشكلة التي قد تواجهها خلال يوم عادي او خلال اسبوع. قد لا تجد ان هذه المهارات تعمل بالسرعة التي تريدها لكن يجب ان تشعر بانك تتأقلم بطريقة افضل وانك لم تفقد السيطرة على نفسك كالسابق
- يعلم المرشد المسترشد كيفية تسجيل استخداماته لاستراتيجيات التحصين ضد الضغوطات في مواقف حقيقية	- كلما استخدمت مهاراتك للتعايش الخاص بك سجل ذلك على سجل خاص بك، وصف بشكل مختصر الموقف الذي ادى الى ذلك.

ادارة الوقت بفاعلية: Eflective Time Management

ضع جدول عمل يتضمن الاعمال التي يجب انجازها وذلك حسب اولويتها. فكر بالنتائج المهمة لك. كن دقيقاً حدد ما تريد انجازه بالضبط والوقت اللازم لذلك.

- ترجم اولوياتك لأهداف ملموسة. جَزِّء الاهداف وقرر ما يجب أن تنجزه من أجل تحقيق الهدف. هذا يساعدك على التنظيم من اجل النجاح
- حدد موعد تسليم العمل وضع برنامج يومي منظم يتضمن اهداف ثانوية حتى نصل الى الهدف النهائي.

- انظر دائما الى المفكرة او الـ **Calender** ودون المواعيد والانشطة المهمة ومواعيد التسليم النهائية للبحوث أو الاعمال حيث يعمل ذلك على تذكيرك بصرياً بمواعيدك من أجل تذكرهم وانجازهم بالوقت المحدد.
- تعلم ان تكون توكيدي وأن تقول لا لما قد يعيقك من اتمام جدولك.
- تعرف على ما يعيقك شخصياً من استخدام الوقت بفاعلية وعدّل الاشياء التي تشتتك عن عملك. كافئ نفسك عند نجاحك.
- ليكن جدول اعمالك مرن وفيه وقت للتسلية والترفيه.
- الانجاز والعمل من اجل تحقيق اهداف هامة لك هو هدف هذه الاستلااتيجية
- تذكر قانون باركنسون التالي

Work expands so as to fulfill the time needed for its completion

فوائد التحكم بالضغط

إن منافع علاج الضغط كثيرة ومنها:

1. عودة الحماس والنشاط الى حياتك اليومية
2. القدرة على التفكير الايجابي والتفاعل مع الضغوطات
3. قلة التعب وثورات الغضب
4. التحسن الجسدي والنفسي
5. تحسين الاداء وزيادة الانتاج
6. الحفاظ على الهدوء النفسي والراحة النفسية
7. انسجام الفرد في مختلف ميادين الحياة.

خلاصة
التعامل مع الضغوط النفسية

الاضطراب	الاعراض	العلاج
الضغوط النفسية	**اعراض سلوكية ونفسية** - إفراط التدخين - إفراط في الاكل - اهمال الشكل الخارجي - قضم الاضافر - حكه - سلوكات عدائية - تشتيت الانتباه - ضعف في الذاكرة - قرارات متسرعة	**استرتيجيات سلوكية معرفية** - التحصين ضد الضغوط - تقليل الحساسية التدريجي - ادارة الوقت بفاعلية - الاسترخاء - استراتيجية اعادة التصور - اكتساب المهارات المعرفية
	اعراض نفسية جسدية - صداع - اختلالات في القلب - انقباض في الحلق والصدر - رجفه - تعرق - عسر هضم - انفاس متقطعة	
	اعراض نفسية انفعالية - قلق - عداء - تقلب المزاج - شعور بالوحدة - احساس بالتعب - ارتباك	
	اعراض نفسية فكرية - ضعف تركيز - تردد - ضعف ذاكرة - عدم دقة	

المجموعة الثامنة

الشيخوخـــة



مشكلات المسنين "الشيخوخة"

مقدمة عامة

الشيخوخة طور من أطوار الحياة قد تمتد من عشرين إلى ثلاثين سنة أو أكثر، ويتميز الإنسان وحيداً بين المخلوقات بطفولة طويلة وبشيخوخة أطول.

والشيخوخة ليست مرحلة من مراحل العمر فحسب، بل مسيرة بطيئة ومتواصلة من فقدان الاندماج مع الذات والمحيط والعالم قوامها تحول أحيائي وظيفي من جهة والحصار علائقي (اقتصادي، نفسي، اجتماعي) من جهة أخرى. (مناصفي، 1986).

والمسنون هم أولئك الفئة من الناس الذين يدخلون مرحلة من النمو والنضج يطلق عليها البعض اسم "العمر الثالث"، وهي مرحلة طبيعية في حياة الإنسان، كما إنها عملية لا يمكن تجنبها، وهي لا تحدث بين عشية وضحاها وإنما تبدأ في وقت الحمل وتستمر طول العمر. وأنه لمن الصعب أن نقول في أي لحظة من الحياة يصبح الشخص عجوزاً فالعمر مسألة حيوية والشيخوخة تقترن بالإستهلاك التدريجي للأعضاء والتغيرات التي ترافق الشيخوخة وكبر السن تتضمن تغضن الجلد وتيبسه، وفقدان العضلات لقوتها، وإنحناء الهيكل العظمي، وتلف شفاف العين، وكلها تعبيرات عن تعب الأعضاء البشرية. (خليفة، 1984).

وتعد مرحلة الكبار مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها هي ربيع العمر وخريفه. وهي تطور بالفرد من رعاية الأسرة الى الاستقلال الذاتي وكسب الرزق والى مسؤولية تكوين أسرة جديدة ورعايتها والإشراف على توجيهها. (السيد، 1975).

أما عن تقسيم مراحل الشيخوخة فمن العلماء من يقسم الشيخوخة نفسها الى مرحلتين وهما:

1. الشيخوخة المبكرة: وهي تمتد من 60 سنة الى 75 سنة.
2. الهرم: وهو يمتد من 75 سنة الى نهاية العمر. (السيد، 1975).

نشأة وتاريخ الاهتمام بسيكولوجية الكبار

يعد سيشرون الخطيب الروماني المشهور الذي عاش في القرن الأول قبل ميلاد المسيح أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار والأعمال المناسبة لهم وقد ترجمت رسالته عن الكبار الى الانجليزية سنة 1959. وقد فطن العرب الى أهمية دراسة الكبار فكتب أبو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة 864م. ولقد تطور الاهتمام من الأعمال المناسبة للكبار الى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر ونذكر على سبيل المثال الدراسة التي قام بها تينون سنة 1813 والبحث الذي أجراه ليجونكر سنة 1842م.

وقد بدء الاهتمام بمراحل حياة الكبار، خاصة الشيوخ منذ سنة 1860م وذلك عندما نشر فلورنس كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية الى مرحلتين متميزتين الأولى من سن 70 سنة، وتبدأ الثانية من سن 85 سنة.

ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك الى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسات في الكتاب الذي نشره بوس سنة 1894، وقد أدت هذه الدراسات إلى سلسلة من الإصلاحات الاجتماعية الخاصة بكبار السن والشيوخ.

هذا ويعد كتاب هول الذي ظهر سنة 1922 البدء الحقيقي للدراسات النفسية الخاصة بالكبار. (السيد، 1975).

وقد أدى هذا البحث الى دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة، ثم تطورت الأبحاث إلى دراسة أثر الزمن على تغيير خواص الإنسان البيولوجية والفسيولوجية، والنفسية والاجتماعية وكان لهذا الاتجاه أثره على القارة الأوروبية فنشأت حلقات الدراسة الخاصة بسيكولوجية الكبار سنة 1939.

ولقد تطور البحث الى وجهته النفسية الصحيحة في السنين الاخيرة، وذلك عندما عكفت جامعة كامبردج على دراسة مظاهر التغير في الأداء الانساني من الرشد

الى ان يصل سن الفرد الى 80 سنة. وقد استمرت هذه الأبحاث قائمة في معمل عالم النفس من سنة 1946 الى سنة 1956 وقد نشرها ولفورد في كتابه الذي ظهر سنة 1958. (السيد، 1975).

ولقد اهتم كذلك علماء الأنثربولوجيا بالذات بدراسة موضوع الشيخوخة وتتبعها من خلال الأساطير والتراث القديم وفي المجتمعات القبلية (البدائية). فالمجتمعات القبلية التي توصف عادة في الكتابات الأنثربولوجية بأنها مجتمعات بدائية أو متخلفة، تختلف في نظرتها الى الشيوخ والشيخوخة اختلافاً كبيراً عن المجتمعات الصناعية.

وربما كان السبب الرئيسي هو أن الظروف العامة في المجتمع البدائي او البسيطة لا تسمح الا لنسبة ضئيلة جداً من السكان بأن تعيش حتى مرحلة الشيخوخة المتقدمة، وذلك نظراً لانخفاض مستوى العناية الطبية والتربية الصحية او التثقيف الصحي هناك، وتفشي الأمراض والأوبئة والمجاعات التي تقضي على نسبة كبيرة من السكان في مرحلة الطفولة او الشباب. ولذا فإن الشيخوخة كعملية بيولوجية تكاد لا تكون مفهومة تماماً عند هؤلاء البدائيين حيث يموت الناس في العادة في سن صغيرة نسبياً وهم لا يزالون قادرين على العمل وعلى المشاركة في الحياة. ومن هنا فإن عدد الأشخاص الذين يحتاجون فعلاً الى الإعالة في الجماعات القبلية نسبياً ويكاد لا يعتبر عبئاً على الجماعة الا في الحالات التي يتعرض فيها المجتمع ككل الى المجاعات الشديدة. (ابو زيد، 1976).

وعلى ذلك فإن الشيخوخة من حيث هي مشكلة تحتاج الى حل ليست قائمة هناك بنفس المعنى الذي نجده في المجتمع الصناعي الذي تؤلف فيه الشيخوخة مشكلة ضخمة تحتاج الى تكوين مؤسسات تتولى أمر الشيوخ والعناية بهم، ووضع القوانين والقواعد والتنظيمات التي تنظم حياة هؤلاء الشيوخ وتهتم بتوفير مستوى اقتصادي واجتماعي معين لهم بعد ان استغنى المجتمع عن خدماتهم.

وعلى أية حال فإن علماء الاجتماع والأنثربولوجيا في دراساتهم للشيخوخة يأخذونها على انها أكثر من مجرد تغييرات بيولوجية وفسيولوجية وفيزيقية تطرأ على الجسم البشري نتيجة للتقدم في السن، ويعتبرونها ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف معين يقفه المجتمع من الفرد نفسه من نفسه ومن الآخرين، ويتمثل في التزامه بتلك القواعد والقيود والمبادئ التي يضعها له المجتمع، كما يمتنع عن كثير من الأمور التي كان يبيحها لنفسه قبل ان يصل الى تلك السن. وقول آخر أن علماء الاجتماع والأنثربولوجيا يعتبرون الشيخوخة إحدى المراحل التي يمر بها الفرد خلال دورة الحياة وتلابسها مظاهر سلوكية وقيم اجتماعية معينة، كما انها في الوقت ذاته منزلة اجتماعية يحتلها الفرد بحكم السن التي وصل اليها، ودور اجتماعي يلتزم بالقيام به وأدائه... وربما كان هذا اوضح في المجتمع البدائي والتقليدي منه في المجتمع الصناعي الحديث. (ابو زيد، 1976).

الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة

مرحلة الشيخوخة هي مرحلة من مراحل النمو، وهي آخر هذه المراحل وعملية الشيخوخة عند الانسان هي عملية تطورية، وتسير عادة ببطء وتدرج فتنقله من مرحلة الى مرحلة اخرى ولا يحس الكبير بذلك، ولكنه يبدأ الشعور بأنه قد أصبح كبيراً حيثما تحصل له تجربة قاسية تجلب انتباهه فيصيبه القلق.

وبوصول الانسان الى مرحلة الشيخوخة تظهر لديه بعض التغيرات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والعقلية التي تختلف من فرد لآخر ويمكن إبراز أهم هذه الخصائص بما يلي:

1. الخصائص الفسيولوجية (الجسمية الصحية):

إن من اهم العوامل التي تؤثر على التغير العضوي للفرد في مرحلة الشيخوخة هي الوراثة والمهنة التي عمل فيها ونوع الغذاء الذي كان يتناوله والبيئة بنوعيها الاجتماعي والطبيعي، جميع هذه العوامل تؤثر على التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للإنسان في شيخوخته ويلخص بعض العلماء أهم التغيرات الفسيولوجية التي تحدث

للإنسان في شيخوخته في عدد من التغيرات منها التدهور في قوة العضلات وخاصة عضلات الظهر والساقين، النقصان في قوة العظام، تغير السعة الهوائية للرئتين، التغير في السمع وقوة الإبصار، تساقط الأسنان، كما ان هناك بعض المعالم الخارجية للشيخوخة تتمثل في سقوط الشعر واشتعال الرأس شيباً وشيخوخة بشرة الجلد. (ابو غزالة، 1988).

ومن خلال هذه الخصائص الفسيولوجية والتي تعتبر تغيرات أساسية تحدث لدى المسنين فان هذه التغيرات يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند استخدام الوسائل الطبيعية للعلاج للتجاوب معه وهي كالتالي:

أ- الضمور التدريجي في الأنسجة: عادة ما يكون الجلد عند كبار السن مجعدا ورقيقا وجافا، وهذه التغيرات قد تؤثر عند استخدام الحرارة أو التيارات الكهربائية في العلاج.

ب- التباطؤ التدريجي في انقسام الخلايا وفي قدرة الخلايا على النمو وفي بناء الأنسجة: إن شقاء الأنسجة المصابة عند المسنين أبطأ منه لدى الأقل سنا، ولهذا السبب ربما احتجنا إلى تركيز أقل مع مدة أطول في بعض الوسائل المستخدمة لكي تصل إلى نتائج مرضية.

ج- ضمور الخلايا وتحللها وازدياد المادة الملونة فيها والتحلل الذهني ومن الصعب معرفة ما إذا كانت هذه التغيرات المرضية راجعة إلى مجرد كبر السن أم أنها أعراض شاذة عند بعض الأشخاص من حيث التغيرات التي تصيب المادة الملونة والتحلل الذهني.

د- ضعف سرعة وقوة واستمرار التجاوب العضلي العصبي(هذه الظاهرة مهمة بالنسبة للمعالج الطبيعي) حيث يجب أن تعطى جميع أنواع التمرينات وتدريبات العضلات بطريقة مخففة، لأن المسن قد لا يقوى على تحمل التمرينات لمدة طويلة أو فترات متقاربة كصغار السن.

هـ- نقص قوة العضلات الحركية: يجب إعداد برامج النشاط للمسنين بحيث لا تتطلب استخدام القوة كثيراً.

و- تحلل وضمور الجهاز العصبي المركزي، وضعف البصر والسمع والانتباه والذاكرة والاحتمال العضلي: يجب أن يكرر المعالج من آن إلى لآخر تعليماته عن أي علاج يزاوله المريض بالمنزل، كما يجب عليه أن يراقب تنفيذ برنامج العلاج نظراً لأن المسن ينسى عادة بعض التعليمات.(فهمي، 1984).

2. الخصائص النفسية:

بتقدم العمر يقوم الفرد بعملية إعادة تقويم لذاته، فلكل منا مفهوم معين عمن يكون وعما يود أن يكون عليه. وينطوي ذلك المفهوم على كيفية تصورنا لمظهرنا الجسمي وقدراتنا الجسمية والعقلية وما نستطيع القيام به وما لا نستطيعه. وصورتنا عن أنفسنا لها جوانب عدة فهناك الصورة التي نواجه بها العالم الخارجي وهناك الصورة الخاصة التي نعيها على مستوى الشعور بيننا وبين أنفسنا والتي قد لا تتفق أو تتطابق تماماً مع الصورة التي تحاول أن تظهر بها أمام الآخرين.

ويلعب كل من المظهر والقوة الجسمية القدرات العقلية والمهارات المختلفة دوراً في تلك الصورة التي نرى أنفسنا عليها. ويؤدي الفشل في ذلك إلى فقد تقديرات اللذات. (سلامة، 1985).

ونستطيع أن نستخلص خصائص وجدانية وانفعالية عامة ينخرط الشيخ فيما بعد الستين في اطارها. أما الخاصية الأولى التي يشترك فيها الشيوخ بعضهم مع بعض فهي الحساسية الزائدة بالذات. فالمسن شخص يسحب الكثير من وجدانه من الموضوعات الخارجية ومن الاهتمامات الاجتماعية ويوجهه الى ذاته. وشاهد ذلك أنك تجد الكثير من الفلاسفة والأدباء والشعراء يبدءون شيخوختهم بتأليف الكتب حول ذواتهم، وتعرف هذه الكتب باسم كتب السيرة الشخصية. فتجد الفيلسوف او الكاتب او الشاعر يتناول نفسه منذ طفولته مسلطاً الأضواء المؤثرات التي دفعت به الى الابداع الغني خلال مراحل نموه المختلفة.

والالتفاف الوجداني حول الذات عند الشيوخ لا يمكن أن توصف بالأنانية التي تسيطر عليه، ولا يمكن أن توصف بأنه نوع من النرجسية، أو اعجاب الشخص بنفسه، وذلك لأن ذلك الاهتمام الذاتي ربما يكون اهتماماً لنقض الذات أو محاسبتها حساباً عسيراً.

أما الخاصية الثانية الذي يمكن أن يتخذه الشيخ من نفسه هو موقف المعجب بماضيه، فإنه يتأتي للشيخ في عدة أشكال. فهو قد يعجب بما قد أنجبه من أبناء وبنات، وقد ينصب اعجابه على تاريخه الحافل بالمآثر والبطولات، وبالمواقف الحاسمة. ولقد تأخذ الشيخة بتذكير الناس من حولها بما كانت تتمتع بها من جمال ورشاقة وفتنة في ايام الشباب، وكيف انها حطمت الكثير من قلوب العشاق الذين لم يتمكنوا من الوصول اليها او النيل منها او حتى جلب انتباها اليهم والقاء نظرة اعجاب مماثلة اليهم.

أما الخاصية الثالثة: وهو موقف اللامبالاة من الذات، فإنه غالباً ما يكون موقف المتهكم من كل شيء والساخر من كل الناس حتى من نفسه.

واللامبالاة كموقف هي التي تسمح للشخص بأن يتخذ الموقف التهكمي من نفسه، ومن الطبيعي أن الافتقار الى تقدير الذات أو نقص تلك القيمة وتدهورها ينعكس على ملامح الشخص وعلى وقفته وجلسته وكلامه وملامح وجهه، بل أنه ينعكس أيضا على تعامله مع الناس، فهو دائماً يتخذ موقف المتفرج ممن يحيطون به من أشخاص. وقد يكون تركيز الشيخ على ذكرياته الماضية صدى لنقص تقدير الذات. وأخيراً لا ننسى ما ينتاب الشيوخ الى نوبات الحنين الى بعض الأحباء الذين سبقوهم إلى دار الآخرة، وقد ينخرط الشيخ في بكاء عميق وقد امتلأ قلبه بالحنين الشديد الى عزيز مات منذ سنوات كثيرة. وقد تمتلك تلك النوبات مقاليد الشيخ بحيث تتورم عينيه من كثرة البكاء، مما يحمل من حوله الى الاعتقاد بأنه قد اختل لأنه قد مرت مدة طويلة على وفاة ذلك الشخص الذي يبكيه. (اسعد، 1977).

3. الخصائص العقلية والمعرفية:

من المهم تحليل الخصائص العقلية المعرفية للكبار حتى تستطيع معرفة مجال القوة فيها فنؤكدها ونواحي الضعف لنقاومها حتى يستطيع الكبير أن يمضي سعيداً متكيفاً مع نفسه ومع بيئته. (أبو غزالة، 1988).

ليس هناك شك في أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين تطور حالة المخ وبين تطور التفكير واللغة لدى الإنسان. والإنسان في الواقع يتعرض للتدهور العقلي إذا ما تعرض لعامل من عاملين أو للعاملين معاً:

الاول: ما قد يتعرض له المخ من عطب أو قد يصاب به من حوادث.

الثاني: فهو النقص في تغذية المخ بالخبرات الجديدة أو عدم تفاعل الخبرات المقدمة إلى المخ مع آخر مستوى نمائي وصل اليه، أو عدم تدريبه على منهج التفكير السليم، أو تدريبه على القيام ببعض العمليات العقلية وإهمال عمليات عقلية أخرى أساسية، كأن يدرب المخ على التذكر ولا يدرب على التخيل.

ويمكن أن نضيف عاملاً ثالثاً هو العامل الوجداني الانتقالي فإذا ما أصيب الشخص بصدمة عاطفية مفاجئة أو إذا أصيب بحالة من الذعر او بعقدة نفسية تعوق تفكيره او تنسيه ما سبق او حصله من معرفة، فإنه في مثل تلك الحالات لا تقع إصابات عضوية في المخ، بل إن الإصابات التي تعتري العمليات العقلية تعد من قبيل الإصابات الوظيفية. (اسعد، يوسف ميخائيل، 1977).

وما يقع في الشيخوخة من ضعف أو خطأ في التفكير أو اللغة إنما يرتد إلى واحد من هذه الأسباب الثلاثة أو إلى اثنين منها أو إلى الأسباب الثلاثة جميعها.

وفي الشيخوخة يمكن أن يصاب احد مراكز الإدراك بالمخ بالضعف أو بالعطب، فيصير الشخص غير قادر على الادراك السديد، ولكن من حسن الحظ ان المخ البشري يتغذى بطريقتين: طريق خارجي عن طريق استقبال المحسوسات التي تستحيل الى مدركات عقلية، وطريق داخلي حيث تحدث تركيبات عقليه بين التركيبات العقلية الناتجة، ثم تركيبات من مستوى ثالث ومن مستوى رابع ومن مستوى خامس...الخ

مـن التركيبـات العقليـة الناشـئة عـن حـدوث علاقـات تركيبـة بـين التركيبـات العقلية المتأتية.

والشيخ الذي كون لنفسه جهازاً معرفياً داخلياً مستقلاً يمكن أن يستغني الى حد بعيد عن الواردات الجديدة من المدركات الحسية. وهنا نذكر ما وقع لبيتهوفن (ولم يكن قد بلغ الشيخوخة بعد) من فقد لحاسة السمع، وما تبع ذلك من استغناءه عن المدركات السمعية الجديدة وارتكازه أولاً واخيراً على التصورات السمعية المختزنة لديه وعلى قدرته على إقامة علاقات دقيقة وغزيرة بين تلك المقومات السمعية المعتملة في ذهنه، فوضع أعظم سيمفونياته وهو في حالة من الصنم التام.

ونذكر أيضاً ديكارت الذي انسحب عن العالم الخارجي واستطاع في خلوته ان يضع أهم أعماله وهو "مقال في المنهج".

وعلى الرغم من ان الشائع في الاذهان هو ان الشيوخ ضعاف الذاكرة، فإننا نستطيع القول بأن هناك ذاكرات متعددة لا ذاكرة واحدة فحسب، وان بعض الذاكرات تضعف لدى الشيوخ دون بعض الذاكرات فذاكرت الأسماء قد تضعف لديهم باستثناء الأسماء التي لها دلالة في عاطفة الشخص المسن ولعل ذاكرة الوقت وذاكرة الأرقام تضعفان الى حد ما في الشيخوخة، ولكن الأحداث والأشخاص المرتبطين بذهن الشيخ في العهود السابقة "الطفولة، المراهقة والشباب" تزداد قوة، فهو يذكر تلك الأحداث في التفصيل، بينما يكون قد نسي الأشياء التي وقعت له منذ لحظات. أما عن خيال الشيخ فهو قوي وغير مشوب بالضعف فالشيخ يسبح بخياله في الأشياء التي سبق له اختزانها. وفي نفس الوقت فإن الشيخ يستطيع ان يركب صوراً خيالية متعددة من المحصول الخبري الحسي الذي سبق له ان حصل عليه، وكذلك يستطيع الشيخ ان يركب صوراً خيالية ومتعددة ومركبة للغاية من الصور الخيالية التي يكون قد ركبها قبلاً. لذلك لغة الشيخ المثقف تكون قد تنقت وتبلورت وأن بطء الشيخ في التعبير اللغوي انما يرجع الى شدة كلفة بالانتقاء والحذر من الزلل في الخطأ في أثناء الكلام. (اسعد، يوسف ميخائيل، 1977).

4. العلاقات الاجتماعية في الشيخوخة: (الخصائص الاجتماعية)

يزداد اهتمام الفرد بنفسه كلما تقدمت به السن لحو الشيخوخة، وتضعف صلته شيئاً فشيئاً بالمجالات الاجتماعية البعيدة عن دائرته الضيقة، وبذلك يصبح الشيخ أنانياً، نرجسياً في حياته، وكأنه بهذا السلوك يحافظ على حياته من مضايقات العالم الخارجي المحيط به.

وهكذا تضعف العلاقات القائمة بين الشيخ ومعارفه، ثم يزداد هذا الانكماش فتضعف العلاقات القائمة بينه وبين الاصدقاء والخلان، حتى تصبح دائرة نشاطه الاجتماعي قاصرة على العلاقات الأسرية الضيقة المحدودة.

ولذا تصبح مرحلة الشيخوخة مرحلة العزلة والوحدة وهي تختلف في مظهرها الانعزالي عن مرحلة الرشد، لأنها تمعن في الضيق كلما ازداد العمر بالشيخ بينما تتخفف عزلة الراشد كلما تخطى العتبة الأولى لحياته الانعزالية، وتكيف للمجتمع المحيط به. فعزلة الراشد عزلة مؤقته قصيرة المدى تنتهي الى عزلة أخرى ضيقة محدودة قاسية رهيبة.

ويزيد عزلة الشيخوخة زواج الأبناء، وموت أحد الزوجين، والضعف البدني الذي يحول بين الشيخ وبين زيارة أصدقائه اللدين يسكنون في أماكن بعيدة عن مسكنه، تناقص أفراد جيله يوماً اثر يوم، وغير ذلك من العوامل التي تسرع بهذا النوع الأخير من العزلة.

وتعاني السيدات من هذه الوحدة أكثر مما يعاني الرجال وذلك لأن العمر يمتد بهن حتى يتجاوزن مدى حياة الرجال، وبذلك يصبح عدد السيدات المسنات أكبر من عدد الرجال المسنين.

وهكذا تنتهي العلاقات الاجتماعية بالشيوخ رجالاً كانوا أم نساء حتى تصبح قاصرة على أولادهم وأحفادهم وأسباطهم. (السيد، 1975).

ويتقاعد الأفراد من الحياة الاجتماعية والعمل أحيانا لاعتلال صحتهم أو بلوغهم سناً محددة للتقاعد في معظم الأحيان وقد يستمر البعض في العمل بعد

بلوغهم هذه السن إما للأسباب مالية أو لأنهم يجدون صعوبة في التخلي عن ادوارهم المهنية وما يرتبط بها من أدوار اجتماعية مكانه.

ويترتب على التقاعد عدة نتائج إذ يتوقف تفاعل الفرد بزملاء العمل وتقل مساهمته في الانشطة المرتبطة بالعمل، كما يؤدي استبعاد علاقات العمل من شبكة علاقاته الاجتماعية الى ضعف صلات الصداقة والمودة وتقلص الفرص لعقد صداقات جديدة. ويترتب أيضاً على التقاعد فقد كثير من الأدوار المرتبطة بالاشتراك الفعلي في العمل وكسب الرزق اذ كثيراً ما نحدد أنفسنا بما تؤديه من أدوار مهنية فهناك السائق والمدرس والطبيب... الخ. وتتأثر علاقاتنا بالآخرين بهذه الأدوار لذا كثيراً ما ينطوي التقاعد على ضرورة اعادة تعديل الفرد لأدواره.

والتحلل من الارتباط (Disengagement) عملية صحيحة لا بد لها وأن تحدث رغم أن البعض قد يقاوم بشدة آية ضغوط تحاول الحد من أنشطته أو التزاماته ومسؤولياته، ذلك لأن القدرات الجسمية والعقلية لا تظل علة ما كانت عليه قبل ذلك. لذا فالتحلل من الارتباط يسهل عملية التوافق في الشيخوخة لأنه يعني قبول التغيير وإعادة تقويم واقعية لكل الظروف المحيطة بالفرد.

والتحلل من الارتباط أو فك الاشتباك مع الحياة ليست عملية سلبية تماماً فهي تنطوي على الانسحاب من بعض الأنشطة الاجتماعية والمسؤوليات الوظيفية والمهنية من ناحية، كما تنطوي أيضاً على تجديد الكثير من العلاقات وبصفة خاصة في مجال الأسرة والأصدقاء والجيران من الناحية الأخرى. ورغم كل شيء تؤدي هذه العملية في النهاية إلى انكماش تدريجي في كم العلاقات بالآخرين وتنفصل حياة الفرد تدريجياً عن حياة الآخرين كما يقل ارتباطه انفعالياً بهم ويصبح أكثر استغراقاً في ظروفه ومشكلاته وأكثر استعداداً وأقل خوفا من الموت. (سلامة، 1985).

مطالب وحاجات كبار السن

إذا أمعنا النظر في الاحتياجات المختلفة لكبار السن التي تظهر بشكل واضح بعد التقاعد حيث يؤثر بلوغ الفرد سن الشيخوخة على نفسيته وعلاقاته الاجتماعية، نتبين أن هناك مطالب وحاجات للكبار منها:

1. حاجاتهم الى فهم أنفسهم ومعرفة كل ما يتصل بالتغيرات التي تطرأ على طاقاتهم الجسمية والنفسية حتى تمكنهم من تحقيق أكبر قدر من التكيف.
2. حاجاتهم في الحصول على مهارات وخبرات جديدة يستطيعون توظيفها بعد تقاعدهم كشغل انفسهم مثلاً بالعمل الاجتماعي.
3. الحاجة الى الاحتفاظ بصحة جيدة عن طريق الرعاية الطبية الضرورية لهم.
4. الحاجة الى توفير علاقات اجتماعية مناسبة وحياة أسرية آمنة.
5. الحاجة الى تأمين مورد مالي يستطيعون العيش بواسطته بكرامة.
6. حاجتهم الى ممارسة بعض انواع من النشاطات والمهارات المناسبة لمرحلة عمرهم. (ابو غزالة، 1988).

أما مطالب هذه المرحلة فهي كالتالي:

أ- التوافق مع التدهور في الحالة الصحية والقدرات الجسمية بمعنى أن يتحقق التجاوز عن البدن مقابل الانشغال به والاستغراق في كيفية اداءه لوظائفه والتركيز على نواحي وهنه وضعفه.

ب- التوافق مع التقاعد وتقلص الدخل وتحقيق تمايز الأنا عن دور العمل أو الوظيفة.

ج- التوافق مع وفاة الزوجة (الزوج) وفقد الأصدقاء.

د- تحقيق التآلف مع رفاق العمرية (وهو مطلب صعب التحقيق أحيانا).

هـ- تعديل الأدوار واتخاذ أدواراً اجتماعية جديدة غير تلك التي تعودها الفرد.

و- إقامة ترتيبات معيشية مرضية.

والشيخوخة أي تلك المرحلة النهائية من الرشد، لا تظهر فيها أزمة نفسية- اجتماعية بقدر ما هي تحصيل وتكامل وتقويم لكل ما سبقها من مراحل لذا يرى

أريكسون أن المطلب الرئيسي في الشيخوخة هو تحقيق التكامل، والاحساس بوجود إنجاز داخلي ومعنى، وقبول الحياة كما كانت عليه بكل خيرها وشرها كأمر كان لا بد له وأن يكون على النحو الذي كان عليه دون التأسي على ما فات أو التحسر على وقت قد أصبح أقصى من أن يتيح البدء من جديد. وحين يبرز للفرد في هذه المرحلة معنى ونمطاً لحياته الماضية تبرز له أيضاً حتمية كون الحاضر على ما هو عليه كما يقبل الموت كحق ونهاية طبيعية للحياة.

وفي الشيخوخة يصبح التصالح جانباً هاماً من جوانب التوافق ذلك لأن الوقت يمضي والفرص تتلاشى. وهذا التصالح مع الذات والحياة يتخذ طرقاً شتى كلها تنبع من توافقات المرء السابقة ونضيف ثلاثة عوامل الى ذلك التصالح وهي الإيمان والثقة بالله والإعداد وتقبل الموت، والصحة المعتدلة مع قبول التغييرات الجسمية كذلك يتيح توافر الضروريات المادية ووجود علاقات متبادلة مع الآخرين الى تهيئة الدعم والتأييد الذي يعزز ذلك الإحساس بالقناعة والرضا الداخلي.

ورغم كل ما في الشيخوخة من مواقف يفقد فيها المرء شيئاً على الدوام، اذ يفقد حيوية مظهره، وتضعف حواسه،وتضمحل قدراته، وتترنح خطواته كما يفقد إنتاجيته ونفعه الاقتصادي وبعض أدواره الاجتماعية، كما يتعرض لفقد الأحباب والأعزاء من الأقارب والأصدقاء إلا أن معظم الشيوخ يحققون قدراً كبيراً من القناعة والرضا. (سلامة، 1985).

مشكلات الشيخوخة

ليس كل فرد بلغ العمر المديد معرضاً لمشكلات ثم إن المشكلات ليست سواء فمنها البسيط العابر والتي لا تخلو منها حياة إنسانية.

وهي أقرب الى متاعب طول العمر وهؤلاء هم ينطبق عليهم المثل القائل "حفظوا طاقات عمرهم شباباً فوجدوها نشيطة في الشيخوخة".

ولكن غير قليل من المعمرين هم ضحايا صامتون لمشكلة أو أخرى سواء منها الطارئة التي قد تزول مع العلاج أو تلك المزمنة التي لا يملكون إلا المعايشة معها بصبر وهدوء، وأهم مشكلات المعمرين هي كالتالي. (الهاشمي، 1986).

1. **المشكلات الصحية:** المرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسمي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية والحناء الظهر وجفاف الجلد وترهلة والإمساك وتصلب الشرايين والتعرض بدرجة أكبر من ذي قبل للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم له. يظهر لدى الشيخ توهم المرض وتركيز الاهتمام على الصحة () قد يبالغ في القلق بخصوصها، وعسر الهضم أو الصداع قد يظهر له على انه مرض خطير. (زهران، 1982).
2. **المشكلات العقلية:** ويأتي على رأسها ضعف الذاكرة والنسيان. وحتى كبار العلماء نجد الذاكرة تخونهم وينسون الكثير من الحقائق العلمية مما قد يضعهم في مواقف حرجة. وقد يصل الحال في اتجاه التدهور الى الوصول الى ذهان الشيخوخة أو خبل الشيخوخة أو خرف الشيخوخة حيث يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة فيصبح اقل استجابة متمركزاً حول ذاته يكرر حكاياته وخبراته السابقة مرات ومرات مع ضعف ذاكرته لأحداث الحاضر، وتقل اهتماماته وطاقته الحيوية/ وتقل المبادأة ويقل الحماس، وتقل الشهية للطعام، ويزداد الانطواء والاكتئاب أو سرعة الاستثارة والعناد والنكوص وإهمال النظافة والملبس والمظهر، وقد يصاحب الاستهتار الجنسي أحياناً. (زهران، 1982).

أما المرض الثاني الذي يعاني منه المسنين ويتعرضون له تصلب شرايين القشرة المخية فإن التدهور يظهر فجأة. ويؤدي تصلب الشرايين الى التدخل في تغذية القشرة إما إلى انفجار بسيط في الأوعية الدموية أو انسدادها أو حدوث تسمم فيها، وتختلف مظاهر التدهور في هذين المرضين من فرد لفرد. (حلال، 1980).

3. **المشكلات الاجتماعية:** فالعمر كلما طال به العمر تفرق عنه وغاب رفاق الشباب وزملاء العمل، وتناقص عدد الأصدقاء بعامل الوفاة أو السفر البعيد في مرافق

الحياة. ويتفرق الأبناء والبنات بعوامل الزواج ومواطن العمل المعاشي والانهماك بأعباء الحياة الزوجية والإنجاب، وقد يموت أحد الزوجين ليظل الزوج الآخر يعاني من وحشة اجتماعية وليعيش وحدة نفسية ولو كان مدينة مزدحمة أو جمع حافل. كما أن غير قليل من المعمرين يعانون من الصلابة الاجتماعية حيث يصعب عليهم تبني أنماط جديدة من السلوك والتفكير. (الهاشمي، 1986).

ومن المشكلات الاجتماعية العزلة أو الوحدة اذ قد يعيش الشيخ- الذي لم يتزوج أو الذي ليس له ذرية أو الذي مات زوجه أم الذي تفرق أولاده وأحفاده- وحيداً في عزلة قاسية وكأنه يعيش داخل زنزانة، يخشى الموت دون أن يدري به أحد.

ويمكن تقسيم العزلة الى أربعة أقسام وهي:

أ- **عزلة على المستوى الإحيائي الوظيفي:** حيث تنخفض حواس الذوق والشم واللمس دون التكلم أيضاً عن ضعف البصر والسمع فكأن هناك خطة لعزل الجسد عن الواقع الخارجي. حيث يتخلى الجسد عن صاحب الجسد، فتتباطأ حيوية الخلايا وتقل قدرة الأنسجة عن استيعاب الغذاء.

ب- **عزلة على المستوى الاقتصادي:** كثيراً ما يعاني المسن من ضيقة اقتصادية، فالتقاعد لا يفي دائماً بحاجاته خصوصاً أن المصاريف والأجهزة التي يحتاجها قد تفوق قدرته العادية. فهناك تباعد بين شروط عيش المسنين وبين الشروط التي يتمتع بها الشخص المنتج. هذه الوضعية تزيد من تبعية المسن واعتماده على الآخرين أو الدولة فيحز الألم في تفسه لحالة العوز التي وصل إليها وينكفىء على ذاته وينسحب من مشاركة عملية العيش تلك.

ج- **العزلة على المستوى النفسي والنفس اجتماعي:** حيث تنحدر القدرات الحركية النفسية والعقلية مع تقدم السن، ويعيش المسن الشعور بالشيخوخة على انه خسارة أو خوف من خسارة، ويزداد هذا الشعور كلما تقدم بالسن وتضيق اهتمامات المسن فتتحول للعيش في الماضي. (مناصفي، 1986).

د- **العزلة على المستوى التربوي الاجتماعي:** اذا فقدت الشيخوخة قيمتها (كم قلنا سابقاً) ومكانتها ةتحولت أجمع إلى الشباب والصبا، فال؟إعلانات مثلاً تشدد على صفات الشباب من قوة ونشاط ونضارة وجمال وتخفي الشيوخ من عالمها. ويبدو أن الشيخوخة لم تبخس بهذا القدر إلا حديثاً فهي لم تكن محل ازدراء أو عزل في المجتمعات التقليدية وكان التفاعل يتم بين كل أفراد الجماعة حيث يتمتع المسن بالاحترام والتقدير نظراً لتجربته حتى ببعض القداسية الدينية. (مناصفي، 1986).

ومن المشكلات الاجتماعية أيضاً:

- **التقاعد:** رغم ما يصحب التقاعد من فقد للأدوار الوظيفية واتخاذ أدوار جديدة إلا أن كثيراً من الناس يرحب بالتقاعد عن العمل وبصفة خاصة حين لا يؤثر تقاعدهم في دخولهم المادية وما يترتب عليها من مستوى معيشة. وترحب النساء بالتقاعد أكثر من الرجال، ويرحب به أيضاً من كانوا يشغلون أعمال لا تثير اهتمامهم أو تبعث فيهم كثير من الرضا، وعلى العكس يصبح التقاعد تجربة صعبة لهؤلاء الذين كانت وظائفهم هي محور حياتهم والذين كانوا يحتلون وظائف ذات مكانة عالية، وتزداد مشكلات التقاعد حين يجد الفرد أن لديه حوالي ست ساعات يومياً لا يجد لها أنشطة ذات معنى يقضيها فيها، كذلك تتوقف نوعية التقاعد والأزمات التي قد يثيرها على نوعية العلاقات الزوجية وعلى العلاقات الأسرية، إذ يؤدي أحياناً تقاعد الوالد الى اعادة تقويم للوضع الأسري وإعادة توزيع للأدوار وبصفة خاصة اذا تأثر دخل الأسرة بهذا التقاعد، اذ يتحول الوالد من رب الأسرة وعائلها الذي يمد الآخرين بالتأييد والتدعيم الى شخص اعتمادي يطلب تأييد ودعم أبناءه، وفي هذه المرحلة أيضاً يقضي الوالدان معظم الوقت معاً بعد أن تزوج الأبناء، الأمر الذي يؤدي إما إلى زيادة التقارب بينهما وتجديد الصلات الطبية أو الى توتر العلاقة بينهما، فكثير من الزيجات تصمد أمام السنين بسبب انشغال الزوج بعض الوقت بعمله، لذا تزداد المشكلات الزوجية بعد تقاعد

الزوج لأن العلاقة لا تتحمل التقارب الإجباري الذي يحدث بعد التقاعد. (سلامة، 1985).

- ومن المشكلات الاجتماعية أيضاً أن الأسرة الحديثة لا تتحمل الشيوخ، فالأسرة الحديثة لا تتحمل وجود الشيوخ في نظامها. وهناك مشكلة أخرى على جانب كبير من الأهمية هي مشكلة اشتغال المرأة وانخراطها في ركب الحياة وقضاء معظم الوقت خارج البيت، فاشتغال المرأة جعلها منصرفة عن خدمة غيرها بل إنها بالكاد تستطيع النهوض بخدمة زوجها وأولادها في أضيق نطاق ممكن. إنها تعود إلى البيت بعد انتهاء وقت العمل وهي مرهقة لا تستطيع التفرغ لخدمة شيخ تحس انه عبء إضافي وغير طبيعي، ومن الطبيعي أن الشيخ في مثل هذه الأسرة التي لا يجد سوى نفسه وحيداً من بين أفرادها في المنزل جل النهار، يحس بأنه في فراغ مميت وأن الخدمة التي كان يرجوها لنفسه غير متوافرة له، كما أن الافتقار الى حياة اجتماعية تملأ عليه مشاعره الاجتماعية إنما يضر به بالوحشية ويثير لديه نوعاً من القلق على أمنه وسلامته. فماذا يكون حاله إذا هو احتاج فجأة إلى من يسعفه من أزمة قلبية مفاجئة، أو من يأخذ بيده إذا وقع في ورطة أو مأزق أو تعرض لخطر من تلك الأخطار التي يتعرض لها كثير من الشيوخ كاشتعال النار في ملابسهم أو السقوط في الحمام أو الاختناق بسبب غاز متسرب أو بسبب تعرض الشقة لسطو لص يعرف انه لا يوجد بالدار سوى شيخ لا حول له ولا قوة. ناهيك عن الرعاية الصحية وتناول الأدوية في مواعيد محددة أو أخذ حقنه قرر الطبيب أخذها عند ظهور أزمة صحية معينة.

وبالإضافة الى ذلك فإن خدمة الشيخ هي خدمة مستمرة طالما انك الى جانبه أو طالما انه يحس انك موجود في نطاق الشقة، فطبيعة الشيخوخة تتسم بالإلحاح في الطلب، وما يكاد ينتهي الشيخ من طلب شيء حتى يبدأ في التفكير في طلب شيء آخر. والمهم هو أن زوجة الابن تحس بالتضرر الشديد إذا هي قامت بخدمة والد الزوج أو والدته وإن هي لم تبد ذلك الشعور المتعض لزوجها أو لأحد من حولها، فإن ذلك

لا يدل على أنها لا تحس بالتبرم من مثل تلك الخدمة التي لا تشعر بأنها قد فرضت عليها في زمن تحررت فيه الفردية النسائية ولم تعد المرأة أداة لخدمة الزوج ومتعلقاته من الآدميين. ومن هنا فإنك تلاحظ أن كل عضو بالأسرة يلتف حول نفسه، ولا يحس إلا بالتكافل المصلحي بإزاء غيره، فالتضحية بغير عائد لم يعد لها معنى ولا وجود في الأسرة الحضرية، فكل شخص فيها يضحي من أجل الآخر وهو ينتظر مقابلاً لتلك التضحية في القريب العاجل أو في البعيد الآجل، وعلى هذا فإن الشيخ لا يجد صدراً رحباً له سواء من الزوجة الصغيرة أم من الزوج الصغير أم من الأحفاد والحفيدات، ذلك أن التضحية التي تقدم إلى الشيخ إنما هي تضحية في الهواء وليس من ورائها عائد نفعي مباشر أو غير مباشر. (أسعد، 1977).

- **الفراغ القاتل:** فالشيخوخة لم يكتب عليها الفراغ، بل إن الظروف الاجتماعية المحيطة بالشيوخ من جهة، وعدم إعداد الناس أنفسهم لمرحلة الشيخوخة من جهة أخرى هما العاملان اللذان يحدوان بالشيوخ الى الإحساس بالفراغ وبالسأم الشديد وبالإحساس بطول الوقت وقد صارت كل لحظة من لحظات حياتهم وكأنها جبل شاهق يصعب تسلقه ولكن لا بد من تجشم تسلقه، والواقع أن هناك عدة أسباب تحدو بالشيخ الى الإحساس بالفراغ فبعد أن كان نفس ذلك الشيخ طوال حياته العملية خصب الأهداف، متعدد الجوانب، وقد أفعمت حياته بالكثير من المناشط، فإنه يجد نفسه خالي الوفاض وقد أقفرت حياته من أي نشاط.

أما السبب الثاني الذي يدفع بالشيخ الى الإحساس بالفراغ القاتل وبأن حياته لا تكاد تتحرك فهو القابع بنفس المكان مدة طويلة، ذلك أن الغالبية العظمى من الشيوخ يركنون الى منازلهم لا يبرحونها ليل نهار مع أن في مقدورهم أن يخرجوا عن ذلك النطاق الضيق الى الآفاق الرحبة بحيث يشغلون حياتهم ويفعمونها بالخبرات الجديدة وبحيث يشاهدون ما يستثير وجدانهم وما يبهرهم أو يحملهم على التأمل أو الانفعال أو الدهشة، فيجدون أنفسهم متحركين في ربوع الحياة مما يحملهم على الإحساس بحركة الحياة وبأنها ما تزال نابضة متدفقة ومفعمة بالحيوية.

- **الفشل في التوافق الاجتماعي:** ونعني به تلك الأنماط السلوكية التي من شأنها أن تجعل الشخص ناجحاً في مجابهة المواقف الاجتماعية المتباينة بل والمتدفقة، فالإنسان المتوافق اجتماعياً لا يسير بخطة سلوكية واحدة ولا يتشبث بنمط سلوكي واحد في جميع المواقف بل يتذرع بالمرونة في السلوك بحيث يقدم في كل موقف التصرف المناسب له، أعني السلوك الذي يضمن نجاحه في الاستجابة للموقف الى اكبر درجة ممكنة.

ولعلنا نتساءل بهذه المناسبة، هل السلوك التوافقي لا بد أن يؤدي الى تغلب الشخص على الصعوبات الموجودة بالموقف؟ الإجابة عن هذا بالنفي، ذلك السلوك المقدم قد يكون توافقياً بالدرجة الأولى ولكن النتائج لا تكون لصالح الشخص صاحب ذلك السلوك. خذ مثلاً لذلك: شخص كان يسير في طريق بعيد عن العمران، فخرج عليه بعض اللصوص يهددونه بالقتل إن لم يعطهم كل ما في حوزته من مال، فحاول إقناعهم بالعدول عن مسلكهم فأصروا، فأخرج مسدسه يهددهم فانهالوا عليه ضرباً حتى قتلوه.

إننا لو فحصنا سلوك القتيل إذن لوجدنا أنه سلوك توافقي تماماً على الرغم من أن النتائج التي ترتبت على انتهاجه لم تكن لصالحه، وهناك على عكس هذا بعض أنواع السلوك التي لا تعد سليمة من الناحية التوافقية وإن كانت النتائج المترتبة عليها لصالح الشخص. خذ مثلاً بالشخص الذي تزلف بالمديح وأكثر من المداهنة فكان نتيجة ذلك السلوك حصوله على ترقية أدبية أو حصوله على مزايا ليست من حقه.

وفي ضوء هذين المثالين نستطيع أن نقرر أن قياس التوافق بالنتائج الخارجية وحدها لا يكفي للحكم على توافقية السلوك أو عدم توافقيته.

فالمهم في الواقع هو داخلية الشخصية وليس الظاهر من السلوك ولا النتائج المترتبة على السلوك. والمهم في السلوك الخارجي ونتائجه أن يكون مبنياً على داخلية متينة وعلى نية فعل صحيحة.

ونستطيع أن نقول أن الشيوخ بوجه عام ينكصون عن مسايرة العصر في تلك القطاعات والميادين التي تشارك في تحقيق توافق الشخصية بالمجتمع.

فمن المعلوم أنه بالنسبة للحياة المدنية الحديثة فإن السرعة في الأداء الحركي تعد من السمات الأساسية في الاتصالات والعلاقات. ولكن الشيخوخة تتسم بالبطء الحركي أو بالعجز عن أداء الحركات المطلوبة في الحياة اليومية على خير وجه. ففي وسائل المواصلات يصير الشيوخ عقبة أمام الركاب وأمام موظفي النقل. وناهيك عن السير بالشوارع المزدحمة التي يتزاحم فيها الناس ويدافعون بعضهم بعضا فيها. إن الناس يكادون يدفعون الشيوخ ويطرحونهم أرضاً حتى يظلوا يسيرون. (أسعد، 1977).

4. مشكلات انفعالية وجدانية:

أ- **ومن هذه المشكلات احتمال الوفاة ودنو الأجل:** بتقدم العمر يزداد أحساس الشيخ بقرب نهاية الحياة اذ يشهد موت كثير من أقاربه أو أصدقائه كما يدرك أنه أكثر عرضة لأمراض الوفاة أو الحوادث عن ذي قبل، لذا فإن فكرة الموت مألوفة لدى الشيوخ كما أنها ليست بغيضة على النفس كما كانت في الشباب وأواسط الرشد، وربما كانت كذلك لنفاذ كل الأسباب القوية التي تدعوهم للاستمرار في الحياة. ولكن البعض قد يزداد قلقه بمرور الوقت كما تزداد مشاعره بالاستياء والغضب لضياع الفرصة، أو لظلم الحياة أو الآخرين، وقد ينتابه التبلد والارتياب في مجابهة موقف مؤلم لا يمكنه السيطرة عليه.

ومن المعتاد أن يقبل كبار السن احتمال الموت واقتراب النهاية بطريقة واقعية خالية من الانفعال ولكن رد الفعل الطبيعي للأقارب والأصدقاء هو معارضة ذلك الاتجاه محاولين اقناع الشيخ (خطأ) بأنه ما زالت أمامه سنوات يحياها ويستمتع بها. ويبدو أن تحاشي الموت وتجنب كل حديث عنه عادة مستحكمة في تاريخ النوع الإنساني أو أن الموت من الموضوعات المحظورة والسبب في ذلك هو ارتباط الموت بالخوف والقبح، واليأس، والألم. ولكننا لا نخدم كبار السن-بأية حال- حين نعوق

محاولاتهم لقبول الموت والتصالح معه، فهذه المحاولات كمن جانبهم تعتبر سلوكاً تكيفياً يهدف الى تحقيق السيطرة والتمالك النفسي في الموقف النهائي. (سلامة، 1985).

ب- **ومن المشاكل الانفعالية والوجدانية هي مشكلة الحب والكراهية**: يولد الإنسان ولديه طاقة حيوية معينة نزعم انها تظل ثابتة من الميلاد حتى الموت سواء وقع الموت بعد الشيخوخة أم قبلها، بل نزعم أن تلك الطاقة الحيوية توهب لكل انسان بنفس الكمية ولا تنقص أو تزيد بعوامل الصحة والمرض أو بأي عرض من الأعراض التي تصيب الشخصية. والواقع أن الشيوخ في واقعهم الحالي- وهو الواقع الذي لا نرضاه لهم بل نتمنى عليهم ونرجو منهم تغييره- هو أنهم ينصرفون عن مجالي الفكر والعمل الى حد بعيد بحيث لا يبقى لهم سوى مجال واحد هو المجال الوجداني.

ومن هنا تجد منهم تشجيعاً من يدفع بأولئك الجنود والعمال الى الفكر والعمال الى مجال الحب والكراهية. ولذا فإنك تجد الغالبية العظمى من الشيوخ غارقين في خضم العاطفة ولا تجد في حياتهم خصوبة الأماكن متعلقا بما يحبون وما يكرهون.

وهناك من علماء النفس من يزعمون أن الناس يبدأون أطفالاً يحبون ويكرهون بغير تفكير أو عمل، ثم ينتهون شيوخاً يحبون ويكرهون أيضاً بغير تفكير أو عمل. ولكن الواقع مخالف لذلك أن الشيوخ عندما يوجهون جل همهم الى مجال العاطفة الحب والكراهية، انما يفعلون ذلك لأنهم ينسحبون برغبتهم أو رغماً عنهم من مجالي الفكر والعمل.

ولذلك نجد الشيخ وقد تبلورت حياته في بؤرة مركزة هي بؤرة الحب والكراهية انه كلف بأن يحب الناس أو يكرههم، كما انه كلف أن يعرف هل يحبه الناس أم يكرهونه.

والواقع أن الشيخ الذي يطالب من حوله بأن يحبوه قد ينتهي به الحال الى عكس ما يريد، فيأخذ في التباكي أو البكاء شاكياً لكل من يقابلهم من معارف وأقرباء ذلك العقوق الذي تفشى في قلوب أولئك الذين أحبهم وضحى من أجلهم، وهاهم

لا يبدون له سوى الكراهية والنفور. ولسنا هنا نفرق بين الحب والكراهية إلا من حيث أن الكراهية هي حب مقلوب. فعندما يجد الشيخ أن الناس من حوله لا ينصبونه ملكاً على قلوبهم، أو عندما يلاحظ أنهم يصدون حبه لهم ويضربون به عرض الحائط، فانه يغير لون عاطفته، فبدلاً من أن تكون عاطفته بيضاء ناصعة فإنها تصير سوداء قاتمة. وبعد أن يكون الشيخ مهتماً بحب الناس فإنه يعلن عليهم حرباً من الكراهية والبغضاء. (اسعد، 1977).

5. **مشكلات ترويحية تتمثل في كيفية قضاء وقت الفراغ.**
6. **مشكلات جنسية وهذه المشاكل يعاني منها كلا الجنسين وهي تتم في حالات بقاء الزوجين مرحلة الشيخوخة، وتتمثل بفقدان القدرة الجنسية ونقص الاهتمام بها.**

عملية إرشاد كبار السن

ويقصد بها (إرشاد الشيوخ) أو إرشاد المسنين في مرحلة الشيخوخة، وإرشاد الكبار في عملية المساعدة في رعاية وتوجيه الشيوخ نفسياً ومهنياً واجتماعياً وحل مشكلات مرحلة آخر العمر العام منها والمتعلق بالشيخوخة والخاص منها والمتعلق بالظروف الخاصة للشيخ. (زهران، 1987).

الحاجة للإرشاد النفسي لكبار السن

لا تنال الشيخوخة اهتماماً كافياً من قبل متخصصين الصحة النفسية رغم ارتفاع متوسط عمر الفرد في كل من الدول المتقدمة والنامية، وربما يرجع إهمال متخصصي الصحة النفسية لهذه المرحلة الى الاتجاهات السلبية السائدة تجاه كبار السن، ومشاعر القلق والخوف الذي قد يصل الى مستوى الفوبيا من حقيقة ندركها جميعاً وهي؟ أننا سنتقدم في العمر يوماً ما، وترتعش خطانا، وتسقط أسناننا، ونفقد معظم أدوارنا، ونشكو المرض والوحدة والإهمال.

وسبب هذا التغاضي عن دراسة المشكلات الانفعالية والسلوكية لكبار السن تسود معلومات غير مؤكدة وقد تكون غير دقيقة في كتابة الأكاديميين وفي

الاستراتيجيات العلاجية للمعالجين، ومن أمثلة ذلك الأخذ بأن اكتئاب الشيخوخة لا علاج له، وأن تدهور القدرات العقلية أمر مؤكد، وأن ممارسة الجنس مسألة مفقودة ويظهر إهمال هذه المرحلة في مجال البحث والدراسة الأكاديمية مثلا أن من بين (103) رسالة دكتوراه أجازتها رابطة علم النفس الإكلينيكي الأمريكية عام 1981 كان هناك رسالتين فقط تتعلقان بالشيخوخة كذلك لا تقدم كليات الطب ومدارس التمريض ومجالات العمل الاجتماعي إلا قليل من التدريب في مجال خدمة كبار السن. ويبدو مما سبق أن هناك اقتناع- سواء على المستوى الشعوري أم اللاشعوري بأن كبار السن يتجهون في اتجاه واحد لا رجعة فيه نحو الانحدار، وقد يثير ذلك الاقتناع فيمن يقدمون الخدمات النفسية لكبار السن تساؤلاً باطنياً مستتراً مؤداه (ما الفائدة إذا كان مستقبلهم القريب هو الموت؟). والتحيز ضد الشيخوخة يرجع الى عدة أسباب:

- النفور من التقدم في العمر- بعد حد معين- وما يثيره من مشاعر القلق، فالفرد يكبت مشاعره المتعلقة بالألم والموت وبذا يحقق نوعاً من الأمن، ولكن نتيجة لذلك الكبت فإن كل ما يجسد لنا ما نرهبه يثير لدينا القلق والرفض.
- الخوف من الضعف وفقد القدرة الجسمية وفقد التحكم الذاتي والنفع والفائدة.
- ضرورة التقاعد- وهو أمر يفرضه النظام الاقتصادي- وما يترتب عليه من تنحية الشيوخ عن المسارات الرئيسية لتيار الحياة بغض النظر عن الفروق في الحالة الصحية أو الكفاءة.

ويبدو أننا بحاجة إلى تغيير اتجاهاتنا نحو الشيخوخة كخطوة مبدئية للتوسع في تقديم الخدمات الإرشادية لهذه المرحلة. (سلامة، 1985).

أهداف الإرشاد النفسي لكبار السن

يمكن تحديد أهداف الإرشاد النفسي في الشيخوخة في ثلاثة خطوات رئيسية:

1. **هدف وقائي:** بحيث يمكن استبعاد أو التقليل من المشكلات المرتبطة بالتقدم بالسن.

2. **هدف إنمائي**: وينطوي على مساعدة الأشخاص في هذه المرحلة على مواجهة التغيرات المصاحبة لها وقبولها والتوافق معها بشكل ملائم.
3. **هدف تدعيمي**: وينطوي على مساعدة الشيوخ في مواجهة أزمات الفقد والتقلب على مشاعر الوحدة والقلق المرتبطة باقتراب النهاية. (سلامة، 1985).

أما بالنسبة للهدف الوقائي لمشكلات الشيخوخة وإجراءاته فهي كالتالي:

- يجب ان يقوم الأولاد برد جميل والديهم الشيوخ في هذه المرحلة من حياتهم.
- يجب العمل على رعاية النمو في كافة مظاهره وفي كل مرحلة واضعين في حسابنا مرحلة الشيخوخة.
- يجب رعاية الصحة الجسمية والاهتمام بالفحص الطبي الدوري للكشف عن أي مشكلة صحية في بدايتها وعلاجها في الوقت المناسب، مع الاهتمام بالوقاية من الحوادث والتعرض للعدوى والمرض لنقص إمكانيات وضعف مقاومة الشيخ.
- يجب تشيع الشيخ على البحث والاطلاع حتى تبقى ذاكرته حية متنبهة لشؤون الحياة، وتشجيعه على تحديد أهداف في المستقبل يسعى لتحقيقها.
- يجب ان تكفل الدولة رعاية الشيوخ الذين قدموا للوطن الكثير في شبابهم بأن ترعى مستواهم الاجتماعي والاقتصادي وأن تكفل لهم الحياة في عزة وكرامة.
- يجب ان يكون للشيخ سند ديني لأن ذلك ضمان سعادته وراحته النفسية. (زهران، 1982).

مجالات تقديم الخدمات الإرشادية لكبار السن

أولا: ارشاد صحي وتربية متجددة حسب مراحل النمو المتقدمة ليتكيف وقائياً مع مظاهر الضعف والوهن مع الاهتمام بالفحص الطبي الدوري لكشف المشكلات الصحية في بداية أمرها ثم علاجها في الوقت الضروري وينبغي الاهتمام بالوقاية من العدوى لضعف مقاومة جسم المعمر مع انتظام نشاط الأجهزة الدموية والهضمية وسلامتها وممارسة أنواع من الرياضة الجسمية المناسبة للاهتمام بالمظهر الجسدي والملبس.

ثانيا: ارشاد مهني فالإنسان يكره عموماً ان يحال على التقاعد لأنه يخاف شبح الفراغ والانقطاع ونقص موارده المالية لذا فإن ارشاد المعمر يساعده على اعداد نفسيته لمواجهة سنوات التقاعد إن كان لا بد وظيفياً من إحالته، وذلك بإيجاد أعمال مناسبة مع عمره وهي سهلة التأهيل والإعداد وبذلك يتم انتقاله الى تلك السنوات دون شعور مرير بالفراغ أو نقص بموارده، أو مركزه النافع المنتج في الحياة.

ثالثاً: ارشاد نفسي وجداني مستمر وذلك بمساعدة المعمر على التكيف مع مقتضيات العمر المديد فهو نعمة من الله تعالى، والارشاد يفيد بتعليمه كيفية مواجهة مشكلات هذه المرحلة وإعداد المناخ النفسي لتقبل بعضها باعتباره جزءاً من حياته المباركة فهو الآن بحاجة الى تعديل نظام نومه وطعامه ولقاءاته مع معارفه وأيضا في علاقاته مع أهله وأبنائه وبناته. وفي هذا المجال يندرج ما يتعلق بالارشاد الزواجي وما يتصل به من حالات بقاء الزوجين معاً أو في حالات ترمل أحدهما أو في حالات العنوسة والعزوبة. وكذلك يتعاون في ذلك الإرشاد الأسري ولاسيما في علاقات الآباء والأجداد وما لديهم من بنين وبنات وحفدة وأسباط.

رابعا: استغلال وقت الفراغ الذي يعيشه المعمر ويقاسي مرارته، بما يفيده هو مادياً ونفسياً واجتماعياً وكا يفيد مجتمعه إنتاجيا فلا يعيش عالة على أسرته وهي تتبرم. كما لا يعيش عالة على منظمات اجتماعية رغم قدرته الجزئية على الإنتاج المناسب ومساعدته على إنشاء علاقات من الصداقة المتجددة باشتراكه بجمعيات خيرية أو علمية أو اجتماعية. فالمعمر يستطيع لأن يكون مستشاراً وخبيراً أو مديراً نافعاً لمجال العمل الذي قضى فيه زهرة شبابه. مما استفاده من خبرة عملية أو كفاية عملية يفتقدها أكثر الشباب في مطلع حياتهم المبكرة. (الهاشمي، 1986).

أساليب إرشاد كبار السن

- الإرشاد الأسري وحل مشكلات الشيوخ

تتغير العلاقات الاجتماعية في نطاق الأسرة والتي تتكون من الزوج والزوجة وثلاثة أبناء مثلاً. فالواقع ان كل فرد من أفراد الأسرة يخضع لسلسة من التطورات التي تتعلق بشخصيته وقيمه ونظام حياته. بحيث يتغير موقع كل فرد ومكانته في نطاق الأسرة مع اختلاف وتطور حياته الاجتماعية.

وإذا كان هذا هو حال الشخص في الأسرة، فانه اذن بحاجة الى إرشاد نفسي من جهة والى ارشاد اجتماعي من جهة أخرى. وهدف الإرشاد النفسي في هذه الحالة هو إعادة التوازن النفسي الى الشخص وحمله على استرداد ثقته بنفسه، بعد تفهمه لوضعه الجديد واستيعابه له. أما هدف الارشاد الاجتماعي في هذه الحالة فهو العمل على تكيفه للواقع الاجتماعي الذي يحيط به وتقبله للأوضاع الاجتماعية الخاصة به وبغيره في الأسرة على السواء. والواقع أن الحاجة ملحة الى هذين النوعين من الارشاد النفسي، النوع النفسي والنوع الاجتماعي، لأن الشخص عندما تغمره تلك التغيرات النفسية والاجتماعية يكون في حالة من الضياع والارتباك بحيث يكون في حاجة ماسة الى من يأخذ بيده ويبصره بواقعه الداخلي من جهة وبالواقع الاجتماعي المتغير من جهة أخرى.

واذا كان الشخص بحاجة الى توجيه نفسي عندما ينتقل من الطفولة الى المراهقة، ومن المراهقة الى الشباب، ومن الشباب الى الكهولة، فإنه يكون أكثر حاجة الى ذلك لدى انتقاله من الكهولة التي تنتهي قرابة الستين الى الشيخوخة التي تبدأ من تلك السن الى نهاية العمر.

والمشكلة بالنسبة لكل من المرأة والرجل لدى إحساسهما بالدخول في مرحلة الشيخوخة هي عدم قدرتهما على تقبل الواقع الجسمي والنفسي والاجتماعي الذي بدآ ينخرطان فيه. والمطلوب من الإرشاد النفسي أن يقنع المرأة والرجل وقد بدآ في الشيخوخة بأن يتقبلا وضعهما بارتياح وأن يتكيفا لذلك الواقع بصيغ سلوكية

مناسبة، فيتحاشيا السلوك المنحرف عن ذلك الواقع، لأن المفروض أن يسير السلوك في خط الواقع الجسمي البيولوجي. وتعريفنا للسلوك بأنه الفكر والوجدان والتصرف وليس التصرف فقط كما قد يحسب البعض. فلقد يحدث في كثير من الأحيان أن يتشبث الشخص بالسلوك المتعلق بسن سابقة على سنه الحالية. وأكثر من هذا فقد يعمل أحد الشيوخ إلى النكوص فيسلك سلوكاً خاصاً بسن بعيدة عن سنه، فقد تهيم امرأة في الخمسين بحب شاب في العشرين كما قد تجد شيخاً يفتعل مشية شاب في سن المراهقة مع أن حالته الصحية وتكوينه الجسمي لا يسمحان له بالإتيان بتلك المشية. وطبيعي أننا نرجو للشيوخ أن يسيروا معتدلي القامة وفي خفة ورشاقة ولكن ما نقصده الى التأكيد هو تحقيق التوازي بين الإمكانية الجسمية وبين السلوك البادي للعيان.

واذا كان الإرشاد النفسي يستهدف تحقيق الاتساق بين الكيان العضوي للشخص وبين السلوك بأضلاعه الثلاثة أي (الفكر والوجدان والتصرف) فإن الإرشاد الاجتماعي يستهدف تحقيق الاتساق بين الشخص بأضلاعه الثلاثة وبين الواقع الاجتماعي من حوله. ذلك أن السلوك ينبعث عن ناحيتين: ناحية الكيان الحيوي الجسمي، وناحية لبيئة الاجتماعية التي يوجد بها الشخص وما يشيع فيها من قيم ومفاهيم وأوضاع واتجاهات. ومن هنا فلا بد أن يأخذ باعتباره القوام الحيوي للشخص.

فلا بد إذن للإرشاد الاجتماعي ان يقوم بتبصير الشيخ بموقفه الحالي في المجتمع سواء تمثل المجتمع في النطاق الضيق للأسرة أم تمثل في المجتمع الخارجي بمؤسساته المتباينة.

ومن أهم ما يستهدفه الارشاد الاجتماعي هو اقناع الشيخ بأنه ليس مرفوضاً من جانب المجتمع المحيط به وأن المؤسسة أو الدولة عندما أحالته الى التقاعد لم تكن تقصد نبذه أو الى التحقير من شأنه أو الى أنه لم يعد صالحاً للإنتاج، بل لكي تتيح لأجيال جديدة من الشباب الفرصة للقيادة ضماناً لتوفير الفرصة لهم للمشاركة

في جميع درجات العمل بغير أن تحرمهم من أية وظيفة، وأنها تريد توفير الراحة له حتى يستطيع أن يدخر قوته لكي يحيا شيخوخة غير مرهقة.

والى جانب تقبل الشيخ لوضعه الجديد، يجب أيضا ان يعمد الإرشاد الاجتماعي الى إقناع الشيخ بتقبل أوضاع الآخرين من حوله وما صارت إليه تلك الأوضاع. فالأب في أسرته يجب أن يتقبل الأوضاع الاجتماعية التي نشأت في أسرته نتيجة بلوغ أبنائه سن الرجولة وبناته سن الأنوثة، بل يجب أن يفهم ويهضم وضع أبنائه بعد زواجهم واستقلالهم عن أسرته وأيضا الوضع الذي صارت إليه بناته بعد الزواج.

والإرشاد الاجتماعي للأسرة لا يقتصر على إرشاد الشيخ وتبصيره بما يدور حوله من تغيرات ثم مطالبته بالتكيف لذلك الواقع الجديد وأن يعدل سلوكه في ضوء تلك المتغيرات، بل يستهدف أيضاً التأثير في سلوك المحيطين بالشيخ لتغيير سلوكهم وتعديله في ضوء المتغيرات النفسية التي طرأت على نفسية شيخهم أو شيختهم، ثم في ضوء التغيرات الاجتماعية التي حدثت لهما. وبالنسبة للأبناء الذين كبروا وتخرجوا من كلياتهم أو معاهدهم وصاروا يتقاضون المرتبات أو الذين تزوجوا واستقلوا عن البيت الأصلي الذي كان الأب سيداً عليه، ينبغي عليهم أن يعوضوه بالاحترام والحب عما فقده من سلطة عليهم، وألا يحرموه من بعض الارشادات يسألونها منه وأن يعرضوا عليه بعض شؤونهم يطلبون مشورته بإزائها، وأن يرفقوا به إذا هو تهور عليهم بالكلام الصعب أو بالعتاب المر الذي يقصد من ورائه فرض سلطانه عليهم من جديد كما كان شأنه وهم بعد صغاراً. والمطلوب من الأبناء والبنات ألا تعلو نغماتهم في التعامل على النغمة التي تصدر عن أبيهم الشيخ أو عن أمهم الشيخة. ومفهوم أننا لا نقصد هنا تلك النغمات المسموعة بل نقصد نوعاً آخر من النغمات يحس بالوجدان في سياق التعامل. فالمطلوب ألا يحس الشيخ أو الشيخة بأنهما قد صارا الى الضعف وأن أبنائهما وبناتهما قد صاروا الى القوة والسيطرة بحيث تكون قد انقلبت الآية أو اختل الميزان الذي دأبوا على الاعتياد عليه.

ولسنا في حاجة الى ان نـذكر أن هنـاك الكـثير مـن الأشـياء الـتي يجـب أن يـتم تكييفها لواقع الشيخ من ذلك مثلاً نوع المأكولات التي يتم إعدادها للأسـرة. صـحيح إننا لا نطالب بأن تسير الأسرة كلها على منـوال الـشيخ ولكننـا نعـني فقـط أن يعمـل حسابه في هذا الصدد وفي غيره من الأمور. (اسعد، 1977).

- **الإرشاد الجمعي:**

ويعرف الإرشاد الجمعي بأنه عملية دينامية تتم فيما بين الأشخاص وتركز على التفكير الشعوري الواعي والـسلوك، وهـو يتـضمن وظـائف علاجيـة مثـل التـسامح والتساهل، والتوجيه الى الواقع، والتنفيس، وتبادل الثقة، والاهتمام والعناية، والفهـم، والتقبل والتدعيم. والإرشاد الجمعي يوصي به فقط لهؤلاء الذين يعانون مـن مـشاكل مستمرة أو مؤقتة لن تحلها زيادة المعلومات. (القاضي، 1981).

حالات استخدام الارشاد الجمعي فهي كالتالي:

- ارشاد جماعات الأطفال والشباب والراشدين والشيوخ (وهذه الفئة هي التي تهمنا في هذا البحث).
- الإرشاد الأسري، الإرشاد المهني في المدارس والمؤسسات... الخ. (زهران، 1987).

ونظراً لفوائد الارشاد الجمعي ونقص الخدمات النفسية التي تقدم لكبار الـسن، والخصائص الفريدة للنساء المسنات، فقد تم تطبيـق برنـامج للإرشـاد الجمعـي للنـساء المسنات، وسنعرض جلسات من هذا البرنامج لوصف ما حدث خلال هذه الجلسات، ثم نعرض تلخيصاً لما توصلنا اليه من خلال هذا البرنامج.

أصبح الارشاد والعلاج الجمعي يـزود الأفـراد بفرصـة قيمـة ونـادرة لاختبـار الذات من خلال التفاعل مع المشرفين على البرنامج، ومع أعـضاء الجماعـة الآخـرين كما يزودهم بفرصة للتنافس وتحديد قيمة الـذات وقـد ذكـر **(Capuzzietal, 1979)** **(Gazda)** عدة فوائد للارشاد الجمعي منها:

- ان العميل يكتشف أن الآخرين عندهم مشكلات مشابهة لمشكلته.
- يستطيع العميل أن يتغلب على المشكلات عن طريق الدعم الجمعي المقدم له.

- تزود الجماعة أعضاءها ببيئة آمنة لاختبار السلوك وتجربته، أو تغييره.
- تعتبر الجماعة عالماً مصغراً للواقع الاجتماعي للأعضاء يمكنهم من خلاله اختبار سلوكياتهم.
- تعلم الجماعة أعضائها أن يقدموا المساعدة للآخرين ويتقبلوها منهم.
- يتعلم الأعضاء من بعضهم عن طريق ملاحظة كيف يحل الآخرون مشكلاتهم.

أشار (Capuzzietal, 1979) إلى أن (Shere) طبق برنامجاً للارشاد الجمعي لكبار السن الذين تزيد أعمارهم عن خمس وثمانين عاماً، حيث التقى الأعضاء سبعاً وأربعين مرة، وقد لاحظ (Shere) بعد تطبيق البرنامج تناقص مشاعر الوحدة والإحباط عند الأعضاء، كما لاحظ أن الأعضاء استرجعوا مشاعر السعادة والسرور، واحترام الذات، كما نشطت دوافعهم الاجتماعية وميولهم الفكرية.

وقد أشار مؤلفو هذا البحث الى ان النساء بحاجة كبيرة الى الارشاد الجمعي بطول فترة الترمل عندهن، وقد دعم المؤلفون رأيهم بما توصل إليه ترول وايزائيل وايزرائيل، حيث توصلوا الى وجود فروق في متوسط العمر المتوقع للرجال والنساء، وهذا الفرق لصالح النساء بمعدل سبع سنوات مما يؤدي الى فترة الترمل الطويلة للمرأة. وخصوصاً عندما تتزوج من رجل يكبرها سناً، وبما أن المرأة وبتأثير من المجتمع يعتقدون أنه يجب أن يكون هناك رجل يعتني بهن. (Gapuzzi, 1979).

ومن الأساليب الأخرى التي تستخدم في إرشاد كبار السن:

- **سجل القصاصات وألبوم الصور العائلي:** حيث تعتبر مشاركة العميل الصور والتذكارات معه، هي تشجيع المسن لإعادة الماضي اليه حيث يسترجع المشاعر القديمة التي تتعلق باللحظات والأشخاص الذين يعنون شيئاً للمسن وذلك بأن تظهر على السطح مرة أخرى، وكذلك نستطيع أن نطلب من المسن أن يرينا مراحل حياته من خلال الصور التي تمثل مراحل حياته الطفولة، والشباب، المرحلة الحالية، عندها يستطيع المرشد أن يساعد العميل في استخدام هذه المواد (الصور)

والتي تساعد في تحديد نقاط القوة للعميل والتي ستكون البقعة الأشد إشراقا في تطوير حياة المسن.

- **الشعر:** يعتبر الشعر ذو المعنى الشخصي طريقة أو وسيلة أخرى للعلاج، والمشاركة أو قول الشعر وكتابته تعتبر المثير لأن يجد له فلسفته في الحياة، وكذلك من اجل الوصول الى المشاعر المكبوتة وذلك عند المسنين الذين لا يشعرون بالراحة عند الحديث عن حياتهم الداخلية والتي يجد فيها الشعر أداة آمنة لتفريغ ما في داخل النفس.
- **الموسيقى:** الموسيقى مثل الشعر والتي تكمن فيها الذكريات العاطفية والتي يمكن أن ترى وتفسر. والاستماع الى أغنية مفضلة من الماضي تساعد العميل على الربط مع اللحظات الخاصة التي عاشها، سواء السارة أو الأوقات التي صدم فيها، إن الأغاني والألحان يمكن أن تكون أدوات فاحصة للمشاعر المكبوتة وللمشاركة في المسرات الخاصة.
- **السينما والتلفزيون:** حيث يتعلق المسن بالتلفزيون ويعجب بشخصية معينة يتابعها باستمرار حتى ينظر العميل الى نفسه ومشاعره من خلال حياته الماضية.
- **الرحل الميدانية:** زيارة الأماكن القديمة حافز لاكتشاف الذات. (**Oboien, 1979**).
- **إزالة الحساسية التدريجي.**
- **التعزيز الايجابي.**
- **الاسترخاء للمصابين بفصام الشخصية.**
- **لعب الأدوار.**

(الشيخ) من أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين وهو فوق الكهل ودون الهرم وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رياسة (مجمع اللغة العربية)

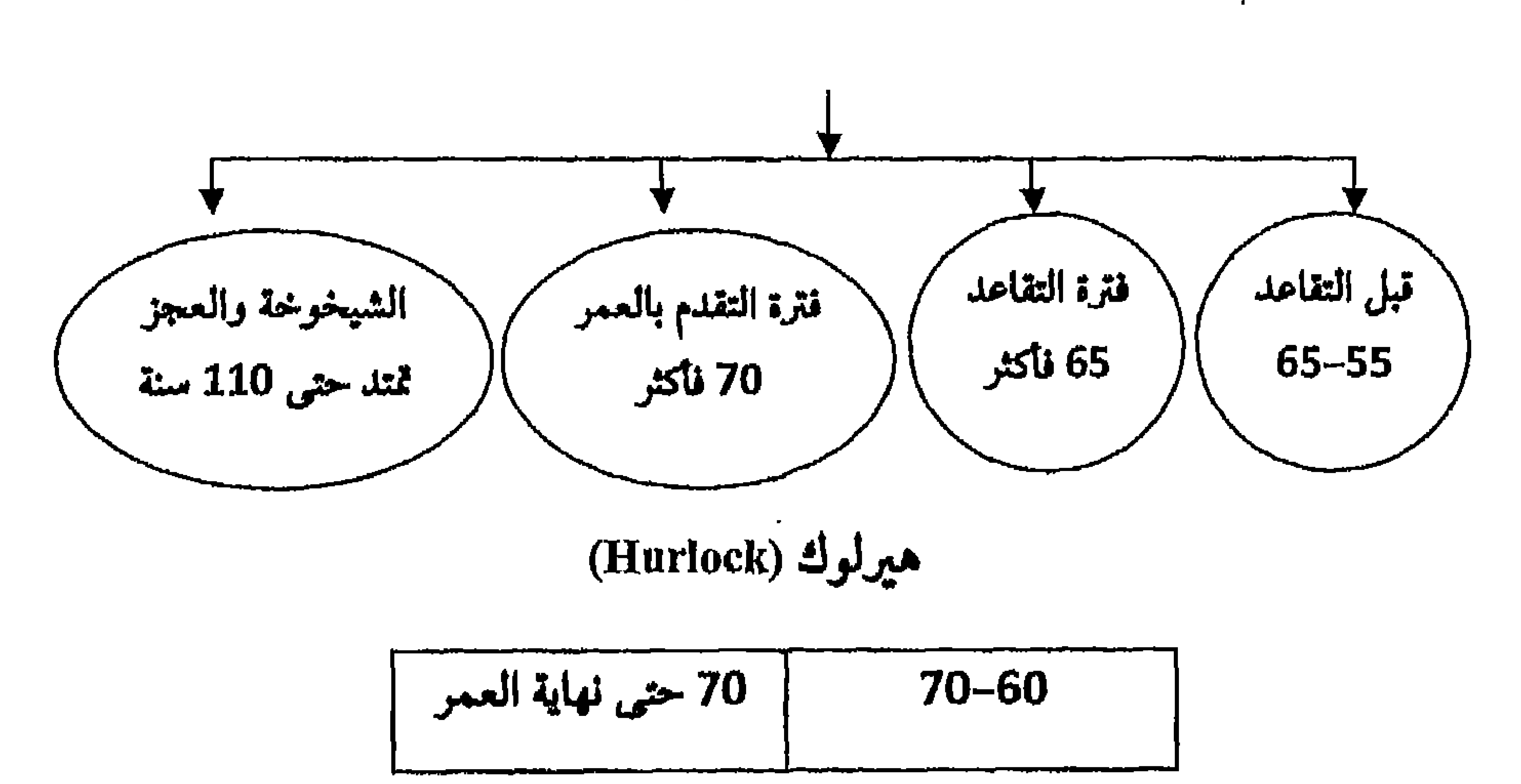
شاب الرجل، ثم شمط، ثم شاخ، ثم كبر، ثم توجّه، ثم دلف، ثم دب، ثم مجّ، ثم هدج ثلب ثم الموت.

(كهل – شيخ – هرم)

- Birren عرف الشيخوخة "أنها انخفاض تدريجي في كل من الاداء والوظيفة".
- Schaie "التدهور التدريجي في قدرة الفرد على التكيف مع المتغيرات التي تواجهه وتفرضها ظروف الحياة".
- الأمم المتحدة "عملية مستمرة في التغيرات التي تصاحب المرحلة الاخيرة من حياة الانسان، أكثر منها تعبيرا عن فترة ثابتة محددة من حياته" (اماني قنديل، 1993).

تقسيمات الشيخوخة (بروملي) Bromley, 1966

أولا: العمر الزمني



هيرلوك (Hurlock)

70-60	70 حتى نهاية العمر

- **سن بدء الشيخوخة هو سن الستين (فكري، 1975)**

ويعد التوافق استمرارا لمفهوم التكيف أبرت **Aubret** حدد مفهوم التكيف بما يحدث لحدقة العين من تغير نتيجة لشدة الضوء الذي يقع عليها فهي تضيق عندما تشتد الإضاءة وتتسع عندما تضعف الإضاءة. ثم تطور المفهوم ليشمل كل ما يقوم به الفرد من نشاط ليوائم بين سلوكه وبين مطالب البيئة التي يعيش في اطارها.

نظريات الشيخوخة

Biological Theories (Gibson. 1983)	Theories of Adjustment to Aging	Beck والتوافق النفسي ويؤكد على 3 قضايا
البلى والتمزق wear and Tear	نظرية النشاط Activity Theory التناقص في التفاعل	**الأولى:** تميز الأنا من خلال منظومة من النشاطات ذات القيمة لدى المسن تشعره بالرضا
النظرية الهرمونية Hormone Theory	نظرية الانفصال Disengagement Theory الانعزال وقلة الاندماج في النظام الاجتماعي	**الثانية:** السمو عن المشكلات الجسمية السعادة لديه أن يكون بصحة جيدة يعاني من آلام جسمية لكنه يتمتع بشكل واضح بالحياة من خلال النشاطات الابداعية ذات الطبيعة العقلية
النظرية الكولاجينية "مادة بروتينية" Collagen Theory	نظرية الاتصال The Continuity Theory محاولة لعب ادوار خاصة (أستاذ جامعي يشغل نفسه بتأليف كتب)	**الثالثة:** السمو بالذات مقابل الانشغال بها والتكيف مع احتمالات الموت قد يكون أكبر إنجاز يحققه الفرد في حياته المتأخرة
نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة Outoimunity Theory		

تقسيمات الشيخوخة (تابع)

ثانيا: العمر البيولوجي وبناء مقاييس على أساس معطيات بيولوجية

- نشاط الغدد
- قوة دفع الدم
- تغيرات عصبية
- العادة الشهرية

ثالثاً: العمر الاجتماعي:

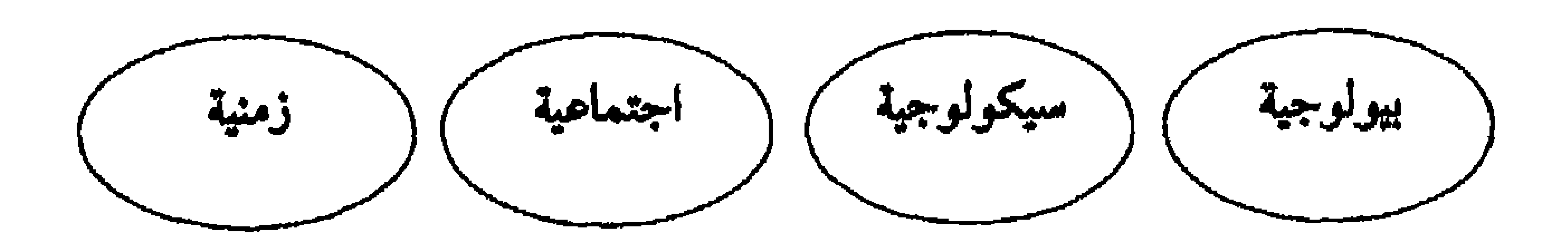
- الأدوار الاجتماعية
- علاقة الفرد بالآخرين
- مدى التوافق الاجتماعي

رابعاً: العمر السيكولوجي

- الخصائص النفسية
- التغيرات في سلوك الفرد
- الأفكار (Dibner, 75)

لذلك (بيرن وريتر)

ميز بين أنواع مختلفة من الشيخوخة:



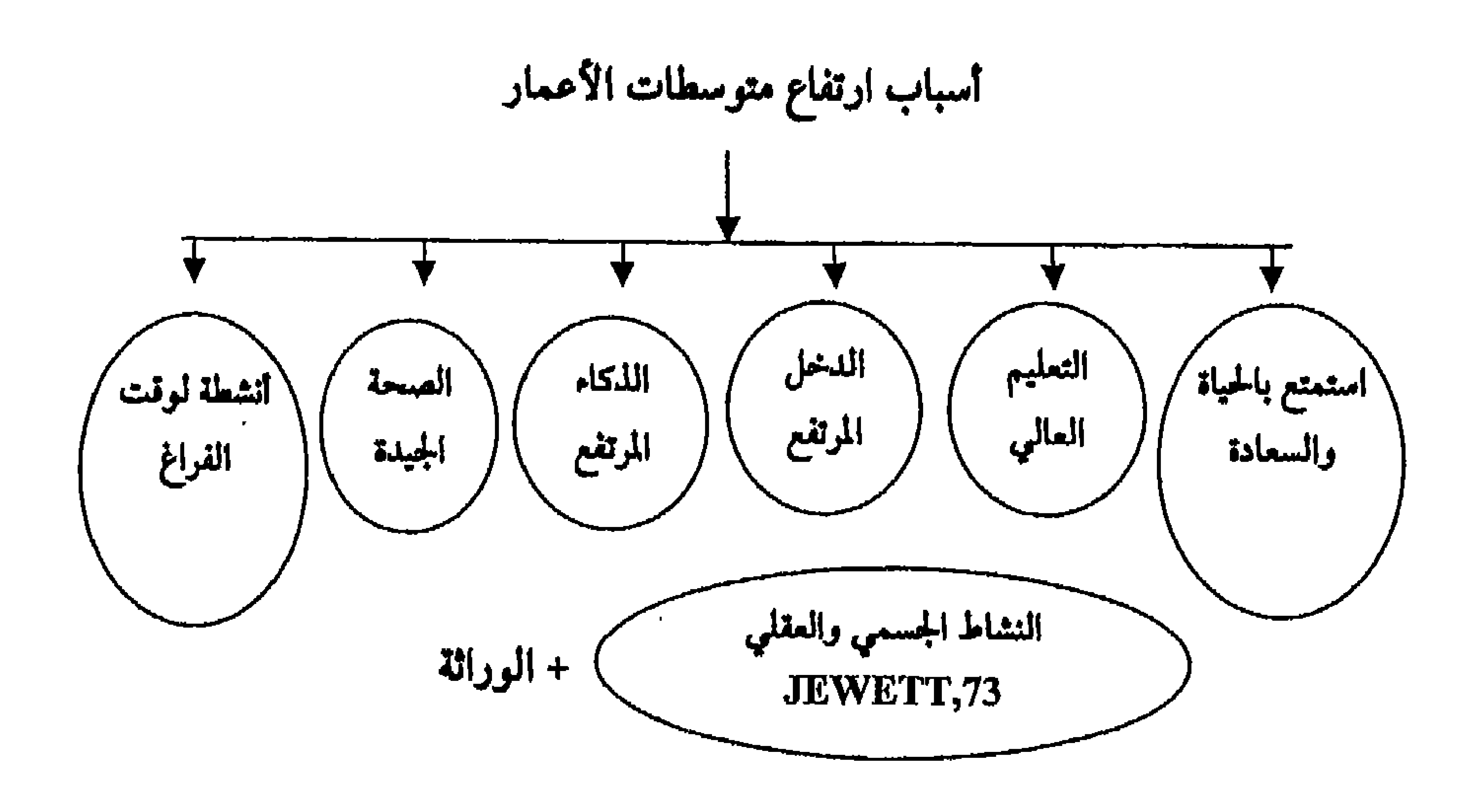
نقاط الاتفاق بين التعريفات المختلفة

- أن هناك تغيرا في وظائف الكائن بعد بلوغه فترة النضج
- ان التغير هو حصيلة من التراكمات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية
- ان العمر الزمني غير كاف لتفسير التغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الشيخوخة
- ان الشيخوخة كمرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية المصاحبة لها

- النمو ارتقائي تقدمي في حالة الصبا والرشد بينما تدهوري في حالة الشيخوخة حيث الاعتماد على الآخرين وضعف وانهيار واضطراب وانسحاب اجتماعي (أبو حطب و ، 82)

أسباب الاهتمام بدراسة المسنين:

- الزيادة الكبيرة بأعداد كبار السن نتيجة لارتفاع المستوى الصحي
- المجتمع الذي نتنفس هواءه قادته من كبار السن لذا يجب أن ندرس إمكانياتنا البشرية
- الثروة البشرية هي أهم أنواع الثروات الموجودة لذا فالدراسة العلمية النفسية للكبار تهدف الى معرفة الإمكانات البشرية
- أهمية دراسة الكبار تخدمنا لتوظيفها في فهم أنفسنا وفهم غيرنا لتطوير المجتمع
- زيادة الاهتمام بدراسة الكبار بعد ان اكتشف علم النفس أهم الخواص الرئيسة للنمو في مراحل العمر المختلفة.



مطالب النمو في هذه المرحلة

الشيخوخة هي مرحلة النضج المتأخرة (60 فما فوق)

مطالب النمو التي ينبغي السيطرة عليها في هذه المرحلة العمرية وأن الاخفاق في السيطرة على هذه الوظائف يخلق مشكلات للمرحلة التي تليها وانه حالما نستوعب مطالب النمو فإنها تصبح مهارة للحياة (هافجهرست، 72) **Havighurst**

توافق مع التدهور في الحالة الصحية والجسمية	التصالح مع الذات وتقبل التغيرات الصحية والجسمية
توافق مع التقاعد وتقلص الدخل	اقامة ترتيبات معيشية مرضية
توافق مع وفاة الزوج او الزوجة	التوافق رمع ادوار اجتماعية جديدة
تحقيق التآلف مع رفاق المرحلة العمرية	توطيد متطلبات العيش المادية المرضية

حاجات كبار السن

الحاجة الى الرعاية الصحية	حياة أسرية آمنة
مورد مالي	علاقات اجتماعية مناسبة
الحاجة الى فهم أنفسهم	نشاطات ومهارات مناسبة
أشغال وقت الفراغ	مسكن آمن

مرتبطة بالتغيرات البيولوجية ص 5

مشكلات الشيخوخة (Riley etal, 68)

مشكلات صحية (حواس) مفاصل..	مشكلات ترويحية/ وقت الفراغ
مشكلات عقلية/ ضعف الذاكرة، ذهان	مشكلات جنسية/ فقد القدرات الجنسية
مشكلات اجتماعية/ عزلة تقلص دور	اضطرابات سلوكية/ تشرد، سكر..
انفعالية وجدانية/ وفاة أحد الزوجين	

اقتصادية تقلص الدخل بعد التقاعد

دراسة دكتوراه على كبار

المسنين في الأردن

(العكروش/ 1999)

الجامعة اللبنانية

التغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

أولاً: التغيرات البيولوجية

- الجهاز الهيكلي (العظام أقل كثافة، وحركات المفاصل وأمراضها كثيرة، تقوس في العمود الفقري، وسقوط الأسنان).
- الجلد والأنسجة فقدان النضارة وتجعد الجلد- صلع وشيب والجلد أكثر شحوبا
- العضلات العظم أقل كثافة- سهولة الكسر
- الحواس تراجع الحواس (بصر وسمع ونطق لضمور عضلات الحنجرة...الخ)
- الغدد اضطرابات إفرازات الغدد
- الجهاز العصبي (تجدد الالياف العصبية تتضاءل في الشيخوخة وتناقص وزن المخ من 1400 جرام- 1250 جرام في سن الثمانين للذكور ومن 1250 جرام- 1125 جرام للإناث في سن الثمانين التي تؤثر على الحالة الانفعالية والوجدانية لدى المسنين

ثانياً: تغيرات جنسية الاستجابة الجنسية للرجل تتضاءل كلما تقدم السن وذلك التضاؤل في افراز هرمون التستوستيرون بعد الاربعين ليصبح لا شيء سن الثمانين. أما الأنثى حيث تتوقف الدورة الشهرية فتشير الى تناقص في الوظائف

الجنسية عند المرأة والهرمونات الجنسية الانوثية هي الاستروجين، البروجستيرون فتفرز بكميات قليلة

ثالثاً: تغيرات في القدرة العقلية في الشيخوخة

- تدهور عقلي (تقل القدرة على التفكير المجرد والتدهور ملحوظ في مجال السرعة (زمن الرجع)
- خبل الشيخوخة فقدان الذاكرة واضطراب وظائف الكلام، تأثر الكفاية العقلية وقد يصحبها حالة اكتئاب.
- اضطراب الذاكرة ضعف للزمان والمكان، مشوش
- الحواس والادراك الحسي (ضعف الوعي)
- اضطراب في التعبير اللفظي

رابعا: تغيرات السلوك والمهارات والاتجاهات في الشيخوخة

- التعلم والتقدم في العمر
- التمسك الفكري والتصلب
- بطء السلوك
- ابراكسيا حركية اي عجز عن تنفيذ المهام الحركية "يعجز عن ارتداء الجاكيت"

خامسا: تدهور الجهاز العصبي

- خبل الشيخوخة قصور عقلي والافكار جامدة وتتضمن استعادة لذكريات الماضي
- الخرف مرض الزهايمر (اضطراب شديد في الذاكرة خلط وهذيان مصحوب بهلاوس، لا يعي الزمان ولا المكان، ينسى المواعيد، يضع ممتلكاته في غير اماكنها، يضل الطريق الى المنزل- عدم تآزر حركي، هزال.
- مرض بيك نسيان وفقدان الاهتمام- تقلب في المزاج- يصعب التمييز بينه وبين الزهايمر
- الباركنسون (الرعاش) بسبب نقص مادة الدوبامنين ارتعاش بالرأس والأطراف
- مرض جاكوب ذهان الشيخوخة- خبل تام والوفاة تصبح بين 3-5 سنوات

- كوريا هنتجتون تقلب في المزاج- سهل الاستثارة- شديد الحساسية- بلاهة

سادساً: اضطرابات عقلية ونفسية في الشيخوخة

- اضطرابات عقلية وظيفية (مشكلات ضاغطة) تعطل في احدى الوظائف الدماغية
- لزمات مخية حادة ومزمنة (حالات تشنجية)
- ذهان- تصلب شرايين الدماغ من ارتفاع مستوى الكوليسترول
- ذهان الشيخوخة بعد سن السبعين
- حالات الهذيان نتيجة الإدمان الكحولي
- استجابات فصامية
- استجابات عصابية
- إدمان على الكحول والعقاقير
- أمراض جسمية مصاحبة للاضطرابات العقلية (قلب، سكر، بروستات)

التعمير ومدى العمر لدى الكائنات الحية

الحيتان	40-60 عاما
آكلة اللحوم	30 عاما
القط المستأنس	27 عاما
الكلب	11-20 عاما نادرا ما يصل الى 20
البقرة	30 عاما
الجياد	25-30 عاما
الإوز المستأنس	50 عاما
الحمام	40 عاما
الطيور الصغيرة	15-20 عاما
السلاحف	100 عاما
انواع من الاسماك	70 عاما
النحلة	7-8 سنوات
	(عزت إسماعيل، 83)

مجالات التقييم

مقاييس للحالة الصحية الجسمية	مقاييس الوظائف العقلية والعمليات المعرفية
مقاييس لأمراض القلب	وكسلر للذاكرة
مقاييس لأمراض السكر	مقاييس للأشكال الهندسية
لأمراض السرطان	مقاييس للتقدير الذاتي
البروستات	الاكتئاب (بيك)
الغدد	**MMBI**
الأوعية الدماغية	مقاييس اسقاطية/ قلق / حل المشكلات

اهداف علاجية (خفض معاناة المريض لتصل الى حدودها الدنيا) وكيفية تحقيقها من خلال المؤسسات التي تعمل لتحقيق هذا الهدف

المستشفى العيادة النفسية	مؤسسات نهارية	خدمات تأهيل المسنين	المنزل
علاج لخفض المعاناة علاج نفسي لتعديل السلوك علاج اجتماعي/ تكوين صداقات	تقديم خدمات للمسن غسل ثياب تقديم وجبات ترفيه	استعادة الفرد لأقصى ما تسمح به قدراته الجسمية والعقلية	تفاعل مستمر/ دعم اجتماعي ونفسي في البيئة الطبيعية

أنواع العلاج

علاج نفسي (1)	علاج أسري (2)	علاج جمعي (3)	علاج طبيعي (4)	علاج بالعقاقير (5)
النظريات النفسية	اسرة المسن	مجموعات متقاربة	تأهيل	طبي
ارشاد ديني (6)	**الموسيقى (7)**	**المهني (8)**	**الالبوم (9)**	**السيكودراما (10)**
التقرب لله	تذكر الماضي	عمل للمتقاعدين	استرجاع الذكريات	نشاط المرضى أنفسهم بتمثيل مشكلاتهم النفسية حرية الفعل والتدريب على التلقائيه يقابله التداعي الحر الطليق في التحليل النفسي بهدف التنفيس الانفعالي

مداخلات

التكيف

عملية تفاعل بين الفرد والبيئة إما أن يتكيف معها أو يعدل منها لتنسجم وأهدافه	عملية تفاعل مستمرة فالفرد والبيئة ليسا جامدين وكلاهما يتصف بالمرونة والتغير
التكيف سبب ونتيجة (مثير واستجابة) A ضرب B فقام بالرد أو بالانسحاب	Arkoff, 1968

العوامل المؤثرة في التعمير

طول العمر وراثي تتوارثه الأسرة إذا أدت أن تعيش طويلا فاختر آباء عاشوا طويلا	الثراء+ البيئة+ الغذاء+ الوقاية من المرض للاستمتاع بالشيخوخة اهتم بالطفولة
ارتباط بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي وطول العمر	ارتباط بين العوامل النفسية والاجتماعية وطول العمر

الميلادي، 2002

النظريات التي تفسر الشيخوخة

البيولوجية	النفسية	الاجتماعية
صدمة (الولادة، مقاومة المراهقة والرشد، انهيار الشيخوخة حيث تزيد عملية الهدم على البناء وضعف الجينات) (سيلاي، 1956)	ماسلو+ يونك (تحقيق الذات في المراحل المتقدمة من العمر) 0-15 ليس هناك أهداف محددة 15-25 اختيار مؤقت للأهداف 25-50 أهداف محددة تحديدا تاما 50-60 تقييم جاد للأهداف مع اعتراف بدرجة الإخفاق والرضا 60وما فوق اعتراف بدرجة الإنجاز (بهلر، 1972)	هافجهرست وضعوا حقائق اجتماعية – اطالة العمر تزداد بزيادة التحضر – كلما زاد عدد الكبار في مجتمع تدنت منزلتهم – المنزلة الاجتماعية للمسن هي أدنى في المجتمعات المعاصرة – حقوق الملكية والثروة تزيد من الشره والقوة لهم – في المجتمعات الصناعية يتحول عبء الكبار من الأسرة للمؤسسة – الفرد يعتبر كبير السن في عمر مبكر في الثقافات الأقل تطورا

علم نفس الكبار- بيسكوف

الأهداف العلاجية الخاصة بالمسنين

- خفض معاناة المسن بحيث تصبح شكواه في أدنى الحدود.
- تحسين سلوك المسن حيث لا يكون مصدرا للشكوى.
- زيادة كفاية المسن على تكوين الصداقات والاحتفاظ بها.
- تحقيق سلوك جنسي مقبول اجتماعيا لدى المسن.
- الاستمرار في قيام المسن بعمله أو القيام بنشاط مكافئ له في إطار موارده المتبقية.
- استخدام ذكاء المسن ومهاراته وخبرته من اجل تحقيق أداء طبيعي ومعتاد لدوره الاجتماعي ضمن أسرته وبيئته المحلية.
- إثارة الدافعية لدى المسن حيث تكون إنتاجيته في أقصى حدودها الممكنة حيث يستشعر لذة فيما يحققه من أهداف ويستعيد إحساسه بقيمته وهويته.

واجبات المعالج

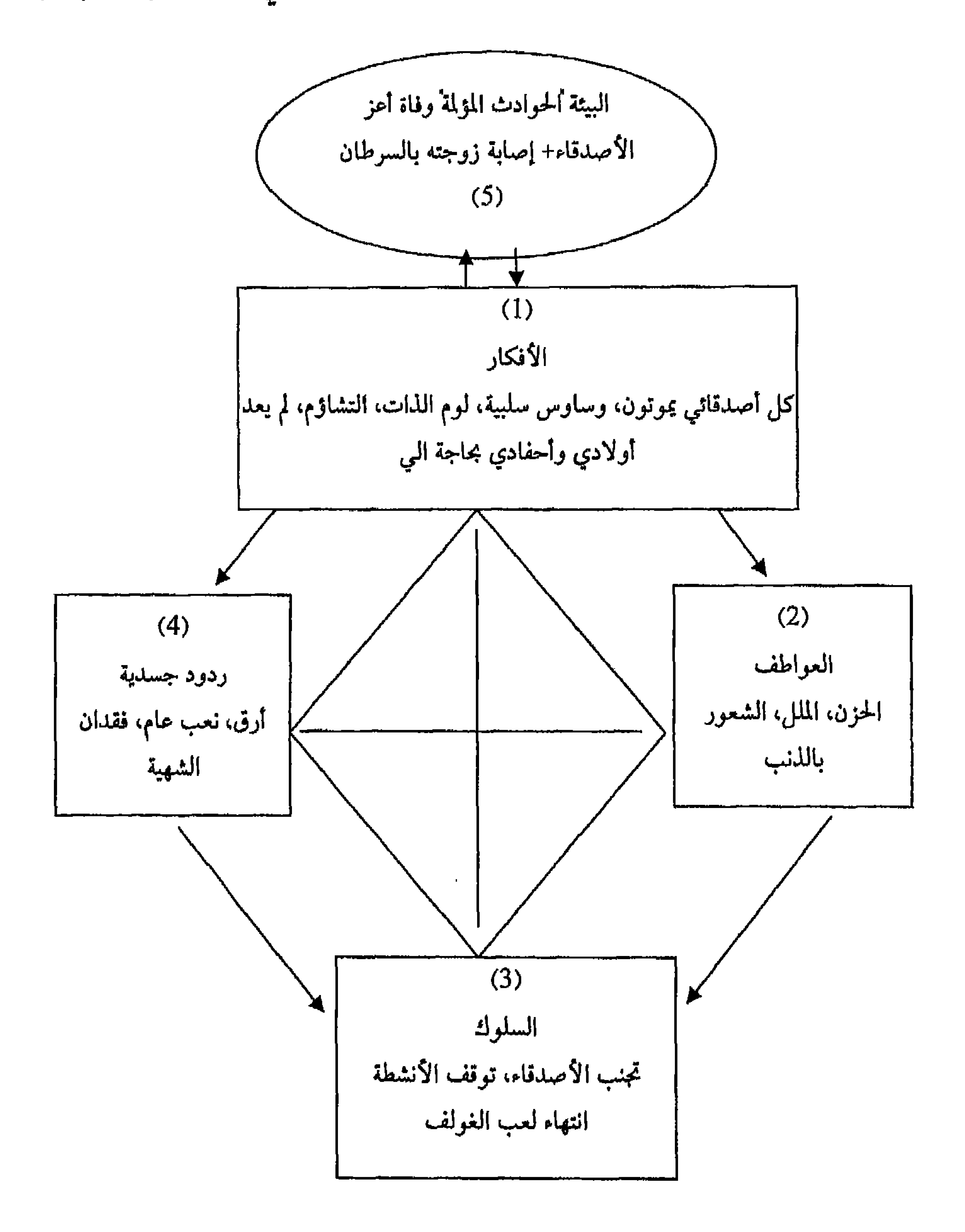
- تناقص مشاعر المسن الفعلية حول قلة حيلته أو مشاعر الخوف والغضب عنده.
- استعادة ثقة المسن في نفسه وتقديره لذاته.
- تقوية الدافعية لدى المسن نحو العمل.
- تشجيع المسن على تنمية أهدافه واهتماماته.

لتحقيق الرعاية الصحية والنفسية للمسن لا بد من توفير:

- العيادة الخارجية
- المستشفيات النهارية المتخصصة.
- الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين.
- المراكز النهارية للمسنين
- المراكز المهنية للمسنين
- الخدمات الخاصة بغسيل الثياب وتقديم الوجبات الغذائية.
- أندية للمسنين.

عرض لطريقة علاجية معرفية والتعامل مع الأفكار

(بين) العمر 86 سنة   د/ كريستين باديسكي، د/ دينيس عرينبرغر



معالجة الاكتئاب في حالة (بين)

تضمنت العناصر التالية

5	4	3	2	1
تحليل جداول الأنشطة	جداول الأنشطة	تحسين العلاقات الشخصية	طبي	اعادة البناء المعرفي
قد يقدم تغييرات سلوكية يمكنك القيام بها لتساعدك على الشعور بالتحسن.	برامج تلفزيونية، موسيقى، تحدث مع صديق رياضة المشي، غذاء، زيارات. وقياس عاطفتك وفق كل ساعة ومع كل نشاط.	زوجية، أسرية، العودة للعب الغولف مع أصدقائه تعلم طرق جديدة للتفاعل مع أولاده وأحفاده	الأدوية	تعليم الناس مهارات لاختيار الأفكار السلبية وكيفية تقييمها وكيفية التفكير بطريقة تكيفية إعاد البناء المعرفي

الاكتئاب نتاج

1. أفكار سلبية عن الذات (لوم الذات ونقدها).
2. أفكار سلبية عن العالم (التركيز على الأحداث السلبية في العالم).
3. أفكار سلبية عن المستقبل (تشاؤم)
4. أفكار انتحارية.

يلاحظ المصابون أنهم يشعرون بالتحسن عندما يصبحون أكثر فاعلية، لماذا؟

هناك عدد من الأسباب المحتملة:

- التدريبات الرياضية نزيد من كمية المواد الكيماوية في الدماغ التي تساعد على الشعور بالتحسن.
- عندما نقوم بأي عمل فإننا نعيد التفكير بالأمور السلبية.
- تساعد الأنشطة على صرف انتباهنا عن الأفكار السلبية.
- الأعمال فرصة للنجاح لحل مشكلة أو إنجاز.

اختبار أفكار (بين) العمر 86 سنة على سجل الأفكار

سجل الأفكار

1	2	3	4	5	6	7
الحالة "الموقف" من؟ ماذا؟ متى؟ أين؟	العواطف صف ما شعرت به بكلمة. قس العاطفة 0-100٪	الأفكار التلقائية ماذا كان يدور في ذهنك قبل أن تشعر بالعاطفة؟ ضع دائرة حول الفكرة الساخنة.	الأدلة المؤيدة للأفكار الساخنة "الحارة" وثيقة الصلة بالعاطفة.	الأدلة المعارضة "غير المؤيدة" للأفكار الساخنة.	الأفكار البديلة	قياس العاطفة الآن.
25/ 11/ الساعة 9 مساءاً كنت عائدا من بيت أسرة ابنتي حيث قضيت يوم العيد مع ابنتي وزوجها وولديها وزوجتي.	اكتئاب 90٪. حزن 80٪. أخرى عصبية، خوف، ذهول، غضب، قلق.	لم يعد الأولاد ولا أحفادي بحاجة إلي. لم يعيروني اليوم أي انتباه. إن حياتي لن تكون جيدة كما كانت في الماضي.	كنت استمتع بإلباس الحذاء لحفيدتي إلا أنها تريد الآن القيام بذلك بنفسها.	إن حفيدتي تستمتع كثيراً بالقصص التي أحكيها لها عن أمها عندما كانت صغيرة. نامت حفيدتي الصغيرة في حضني.	رغم أن احفادي لم يعودوا بحاجة الي كما كانوا في الماضي إلا أنهم ما زالوا يستمتعون بصحبتي ويستشيرونني 85٪. لقد أعطوني انتباههم طوال اليوم رغم ان الانتباه لم يكن كما كان في الماضي 90٪.	الحزن 30٪ ان شعوره بالحزن قد انخفض من80٪ الى 30٪
مع من كنت؟ ماذا كنت افعل؟ متى حدث؟ أين كنت؟						

الجدول الاسبوعي لأنشطة (بين):

اكتب في كل مربع: (1) النشاط. (2) قياس الاكتئاب على قياس (0-100٪).

الوقت	الاثنين	الثلاثاء	الاربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
6-7 صباحاً	استيقاظ 60	استيقاظ 70	استيقاظ 60	استيقاظ 50	استيقاظ 60	استيقاظ 40	استيقاظ 60
7-8 صباحاً	حمام، ملابس 60	استلقاء 80	حمام، ملابس 50	حمام، ملابس 50	ملابس 60	حمام، ملابس 30	ملابس 60
8-9 صباحاً	السير، فطور40	ملابس 80	فطور 50	فطور 40	فطور 40	فطور 20	فطور 50
9-10 صباحاً	غولف 40	فطور 80	إصلاحات 40	السير 30	تنظيف كراج 40	زيارة بوب 20	السير 40
10-11 صباحاً	غولف 40	الجلوس 80	اصلاح الباب 30	هاتف 30-60	تنظيف كاراج 30	زيارة بوب 10	تسوّق 30
11-12 ظهراً	غولف 60	قراءة 80	اصلاح الباب 30	حديث سيلفيا 60	تنظيف كاراج 30	نظر في صور 10	تسوّق 30
12-1 ظهراً	غذاء مع سيلفيا/ 40	غذاء مع سيلفيا/ 70	غذاء مع سيلفيا/ 20	غذاء 60	غذاء 20	غذاء (0)	غذاء خارج 20
1-2 ظهراً	تسوّق مع سيلفيا/ 40	غسل صحون 80	غسل صحون 30	معالجة 50	مسح كاراج 20	حديقة (0)	تجول بالسيارة 20
2-3 بعد الظهر	تسوّق 40	جلوس 80	السير 20	هاتف 40	سير مع سيلفيا 20	لعب (0)	جلوس مع سيلفيا 20
3-4 بعد الظهر	تسوّق 50	دفع فواتير 80	قراءة رسائل 20	تنظيف مكتب 40	جرائد 20	سير (0)	جلوس مع سيلفيا 10

الوقت	الاثنين	الثلاثاء	الاربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
5-4 بعد الظهر	افراغ مشتريات 50	ايصال سيلفيا للبنك/ 70	مساعدة طبخ 20	مساعدة طبخ 40	مساعدة طبخ 20	عودة للبيت 10	تحضير عشاء 10
6-5 مساءً	جلوس 60	عشاء في الخارج 60	عشاء مع سيلفيا/ 20	عشاء 30	عشاء 30	عشاء 10	عشاء 10
7-6 مساءً	عشاء 60	جولة في السوق 60	غسل صحون 20	غسل صحون 30	غسل صحون 20	غسل صحون 10	غسل صحون 10
8-7 مساءً	تلفزيون 60	سينما 50	لعب ورق 20	تلفزيون 30	هاتف 10	جلوس 30	تلفزيون 20
9-8 ليلاً	تلفزيون 60	سينما 50	لعب ورق 20	تلفزيون 40	تلفزيون 10	نظر صور 30	تلفزيون 20
10-9 ليلاً	تلفزيون 60	عودة للبيت 50	حديث مع سيلفيا 20	تلفزيون 40	تلفزيون 10	حديث مع سيلفيا 20	تلفزيون 20
10-11 ليلاً	تلفزيون 60	تلفزيون 50	تلفزيون 20	تلفزيون 30	تلفزيون 10	تلفزيون 30	تلفزيون 30
11-12 ليلاً	سرير 70	سرير 60	سرير 20	سرير 60	سرير 10	سرير 30	سرير 20
1-12	نوم	نوم	نوم	نوم	نوم	نوم	نوم

خلاصة

مشاكل المسنين

الاضطراب	الاعراض	العلاج
مشاكل المسنين	• اعراض بيولوجية	– علاج طبي دوائي
	– الجهاز الهيكلي	– علاج نفسي
	– الجلد	– علاج أسري
	– العضلات	– علاج جمعي
	– الحواس	– علاج طبيعي
	– الجهاز العصبي	– ارشاد ديني
	• اعراض جنسية وتراجع في القدرات الجنسية	– علاج بالموسيقى
		– علاج وتأهيل مهني
	• اعــراض وتغـيرات في القــدرات العقلية	– علاج بالذكريات/ البوم صور
		– علاج بالسيكودراما
	• تغيرات سلوكية	
	• تدهور في الجهاز العصبي	
	• اضطرابات عقلية ونفسية	

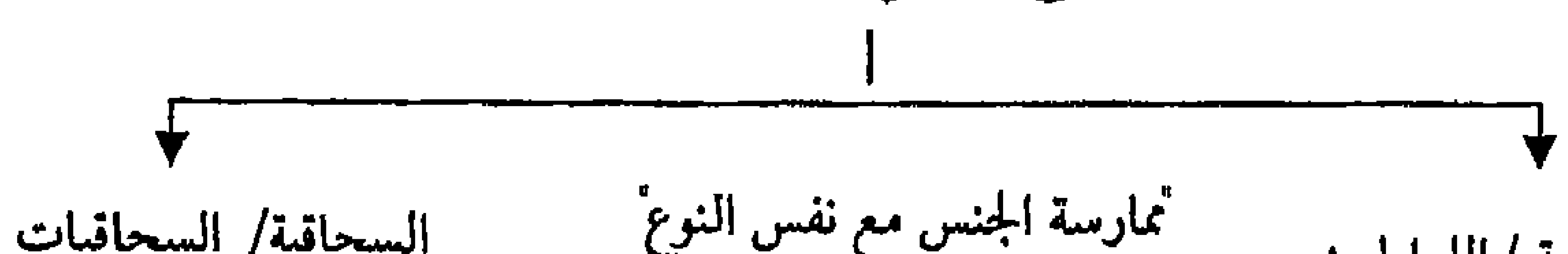
المجموعة التاسعة
اضطرابات المثلية الجنسية



المثلية الجنسية

Homosexuality

اتجاه النزوع الجنسي نحو نفس الجنس

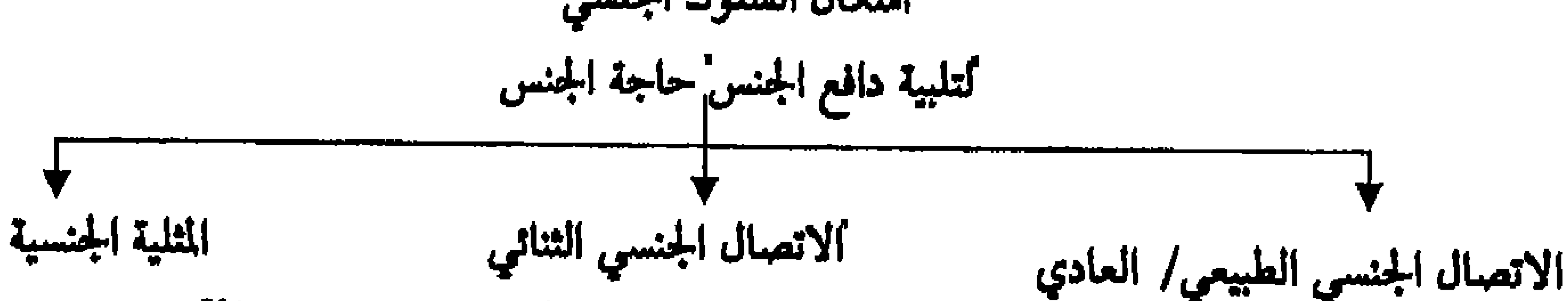


السحاقية/ السحاقيات 'lesbians'	'ممارسة الجنس مع نفس النوع'	اللواطية / اللواطيين 'Gays'
'اتجاه الأنثى نحو الأنثى'		الممارسة الجنسية 'اتجاه الذكر نحو الذكر'

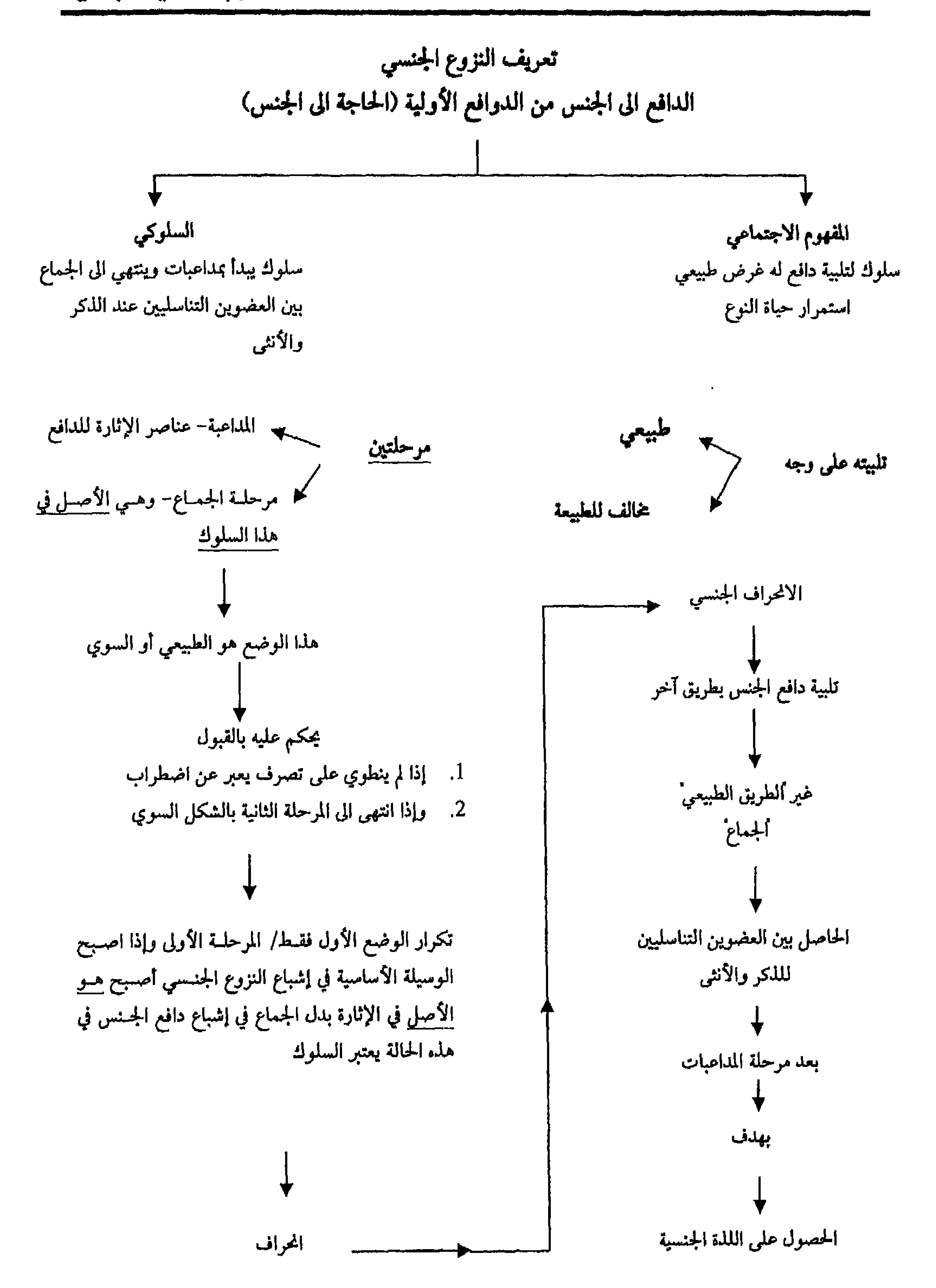
- اللواطية المطلقة- الممارسة الدائمة
- اللواطية الموقفية- تحصل خلال حبس الافراد لفترة طويلة مع نفس الجنس وتـزول مع زوال الأسباب ويعود الى أسلوب الجنس العادي.

أشكال السلوك الجنسي

'لتلبية دافع الجنس' حاجة الجنس

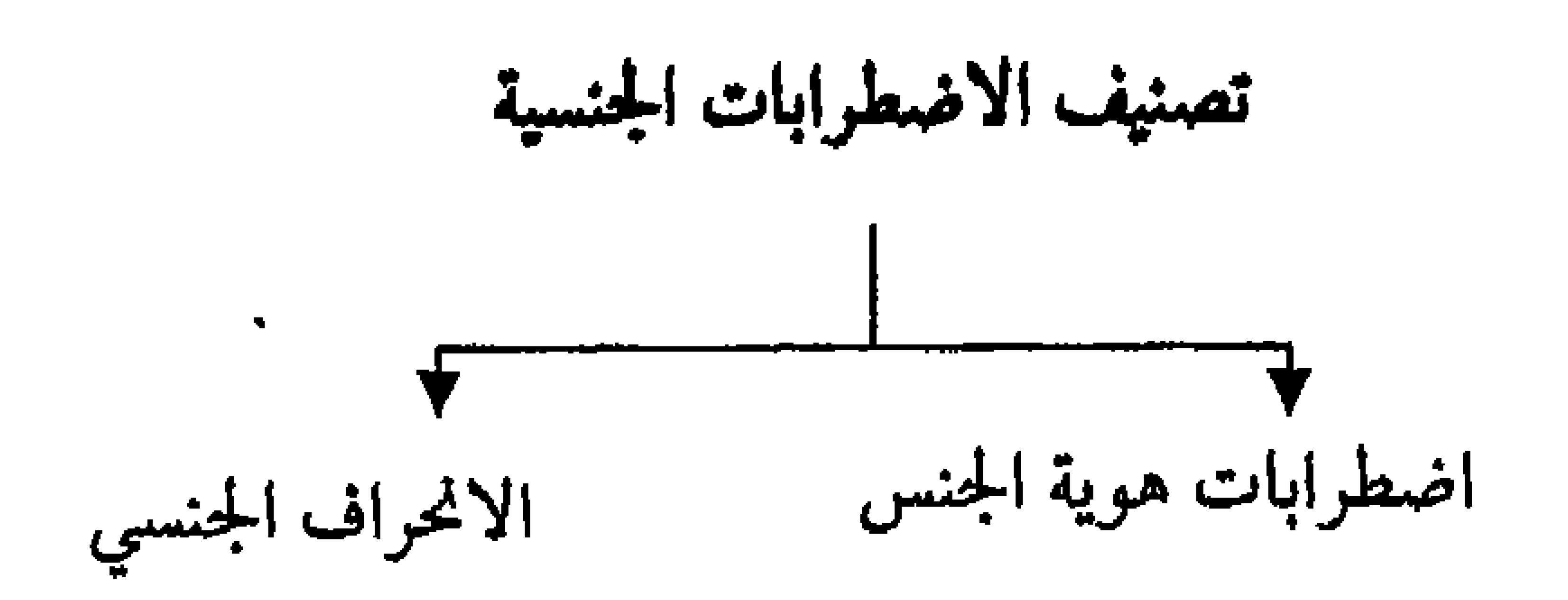


الاتصال الجنسي الطبيعي/ العادي **Heterosexuality**	الاتصال الجنسي الثنائي **Bisexuality**	المثلية الجنسية **Homosexuality**
ممارسة الجنس مع الجنس المعاكس **(الشكل الصحيح)**	ممارسة الجنس مع نفس الجنس ومع الجنس المعاكس	**ممارسة الجنس مع نفس النوع** (ذكر مع ذكر) (أنثى مع أنثى)
-المقبـول علـى المـستوى الـديني والاجتماعي -علاقـات صـحية وصـحيحة ونتائجـه استمرار النوع البشري -يـسير في اتجـاه علـى الطريـق الـسوي للجنس -ينطوي عليه حب، وطمأنينة.	**(معالجته أسهل)**	**(معالجة صعبة جداً)** * هو سلوك مناهض لـ: 1. المزاوجة السليمة المنتظرة بـين الحب واللذة الجنسية 2. لنظام الأسرة واستمراره


تعريف النزوع الجنسي
الدافع الى الجنس من الدوافع الأولية (الحاجة الى الجنس)
المفهوم الاجتماعي
سلوك لتلبية دافع له غرض طبيعي
استمرار حياة النوع
السلوكي
سلوك يبدأ بمداعبات وينتهي الى الجماع
بين العضوين التناسليين عند الذكر
والأنثى
تلبيته على وجه
طبيعي
مخالف للطبيعة
مرحلتين
المداعبة- عناصر الإثارة للدافع
مرحلة الجماع- وهي الأصل في
هذا السلوك
الانحراف الجنسي
تلبية دافع الجنس بطريق آخر
غير الطريق الطبيعي
الجماع
الحاصل بين العضوين التناسليين
للذكر والأنثى
بعد مرحلة المداعبات
بهدف
الحصول على اللذة الجنسية
هذا الوضع هو الطبيعي أو السوي
يحكم عليه بالقبول
1. إذا لم ينطوي على تصرف يعبر عن اضطراب
2. وإذا انتهى الى المرحلة الثانية بالشكل السوي
تكرار الوضع الأول فقط/ المرحلة الأولى وإذا اصبح
الوسيلة الأساسية في إشباع النزوع الجنسي أصبح هو
الأصل في الإثارة بدل الجماع في إشباع دافع الجنس في
هذه الحالة يعتبر السلوك
انحراف

تصنيف DSM-IV للاضطرابات الجنسية

اعتبرت جمعية علم النفس في تصنيفها الرابع للأمراض الجنسية المثلية ليست انحراف وإنما إذا سبب السلوكي الجنسي المثلي لصاحبه الكرب والانزعاج عندها فقد يدعى 'اضطراب' وأسمته اضطراب 'اللواطية المحدثة الخلل للانا' وليس انحراف **Ego-Dystonic Homosexuality**



أشكال الانحراف الجنسي
Paraphilias

السادية الجنسية
Sexual Sadism

الماسوشية
Masochism

العرضية/ الاستعراضية
Exhibitionism

البصبصة الجنسية
Voyeurism

الفتشية
Fetishism

المثلية الجنسية
Homosexuality

الاتصال الجنسي بالحيوانات
Zoophilia
'البهيمية'

شذوذ الاتصال الجنسي بالأولاد

التزين بلباس الجنس الآخر
Transvestim

لم تعد اضطرابات سيكاتيري بل صنفت تحت اسم 'المثلية المحدثة خلل في الأنا'
Ego- Dystomic
واصبحت 'Style of life'
(حسب تصنيف DSM-IV)

- اضطرابات هوية الجنس Gender Identity Disorder



الجنسية المتحولة Transexualism   الجنسية المتحولة (الأنثوية) Female Transexulalism

- **جرائم الجنس:** القيام بالسلوك الجنسي بإحدى الطرق التالية:

الإكراه- القتل- الأذى- مجامعة القتيلة/ اغتصاب الجثة

"الاغتصاب" أو "هتك العرض"

- **جرائم الجنس**

- اللذة بالسرقة، وهو ليس بحاجة للشيء، ويجد لذة جنسية في ذلك العمل.
- اللذة في رؤية الحرائق. وبلوغ اللذة الجنسية في تلك المشاهدة.

هذان الاضطرابان: في بعض الحالات لا تعود أسبابها بسبب الانحراف الجنسي وانما لأسباب أخرى مثل الحرمان العاطفي والرفض.

الجنسية المثلية والسلوك اللاجتماعي

- يعتبر "الرفاعي والحجار" في كتابهما "الصحة النفسية"

[المثلية الجنسية حالة من حالات السلوك اللاجتماعي]

كالأجرام والإدمان والبغاء وغيرها...

حيث أن القاسم المشترك بين هذه الحالات أنها تنطوي على:

1) تصرف يخالف مخالفة شديدة ما قبلته الجماعة من قيم السلوك وقواعده.

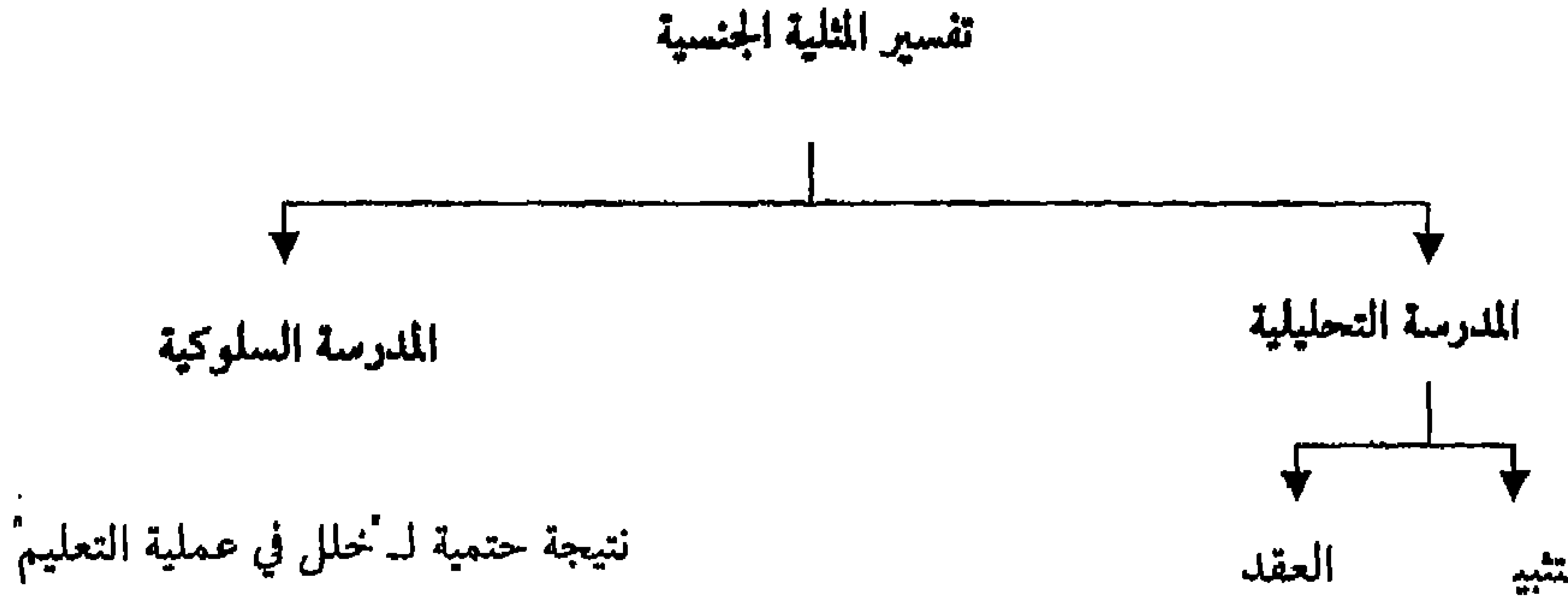
2) يعكس اضطرابا في الحياة النفسية داخل الفرد صاحب التصرف.

3) لـه أثـر خطـير في حيـاة الفـرد وحيـاة الجماعـة علـى الـسواء حيـث أنهـا تؤدي ←الى مزيد من التطرف والانحراف ← ومضرة بالجماعة ← في جوانب الأمن والاستقرار والنظام ومكلفة تحتاج لعلاج.

- فهو سلوك موجه ضد الفرد والجماعة وموجهة ضد ما قبله الجماعة من نظام وقيم وقواعد اجتماعية واخلاقية وهو عدو للمجتمع والتنشئة لأنه يؤذي نفسه والآخرين ويؤثر على الإنتاجية للمجتمع.

ملاحظات حول زيادة النسبية المثلية الجنسية وانخفاضها

- الحضارة الحديثة
- الحروب
- أعلى بين غير المتزوجين من المتزوجين
- بين الأفراد القليلين الاختلاط بالجنس الآخر
- نسبة من يستمر بالانحراف طول حياته نسبة قليلة "الجنسية المطلقة"
- نسبة عالية جدا من يجمع في الواقع الممارسة بين المثلية الجنسية والسلوك الجنسي الطبيعي "الاتصال الجنسي الثنائي"
- انقطاع عن الممارسة المثلية عند توافر شروط السلوك الجنسي الطبيعي "الجنسية الموقفية"



- نوع من التثبيت (التوقف أو النكوص)- عند مرحلة معينة.
- في المراحل الجنسية التي يمر بها الطفل قبل وصوله الى النضج الجنسي.
- أو نتائج لعقد في أي مرحلة سابقة.
- عقدة أوديب.

(شعور الابن بالجذاب نحو أمه)

- عقدة اليكترا

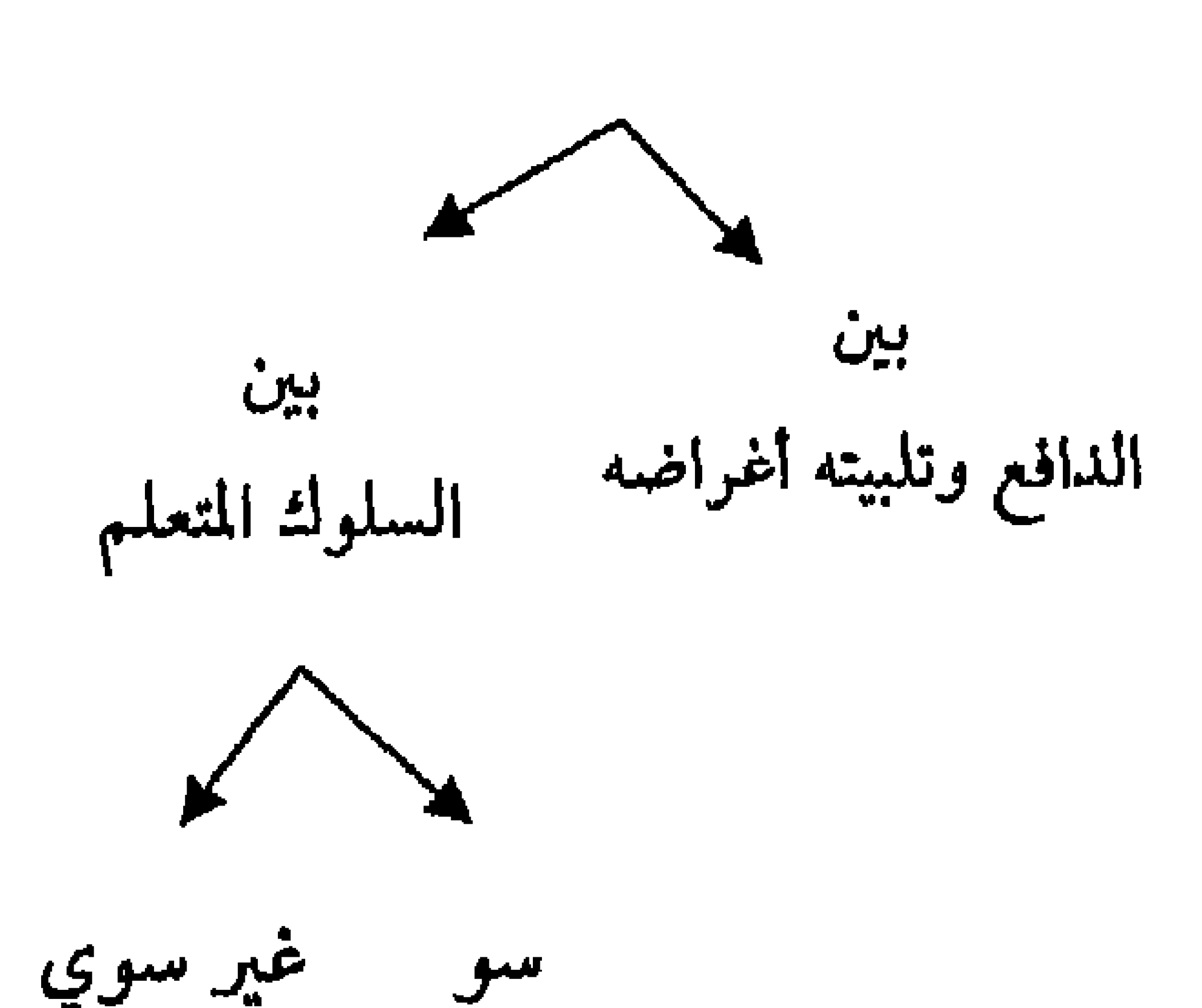
(شعور البنت بالجذاب نحو أبيها)

* هذا الشعور هو الأساس في تفسير فرويد لمثلية الجنسية

* فرويد، النمو السوي هو اجتياز المراحل حتى النضج الجنسي من غير تثبيت أو نكوص.

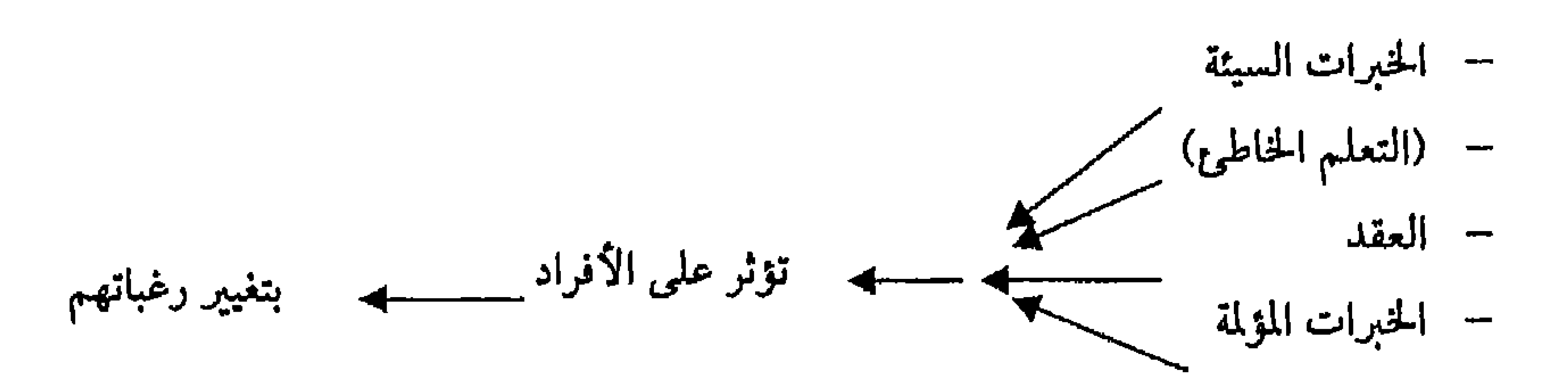
نتيجة حتمية لـ خلل في عملية التعليم

- الكبار مسؤولون عن خلق الاضطرابات النفسية في الفرد.
- التعليم لأشكال تصرف يعمل على جعل الارتباط شديد



* الانحراف: نوع من السلوك غير السوي الذي تعلمه الفرد خلال حياته وتعزز لديه لعوامل كثيرة أهمها تلبيته غرض الدافع المتتابعة

إن التفسير التحليلي والسلوكي يوضحان:



رد فعل ← أسلوب تكيف مختلف ← تغير الرغبات والميول ← السلوك غير السوي
الانحـــراف ←

الأفعال الجنسية بين اللواطين تتضمن:

- تعبيرات الملاطفة.
- الربت والتقبل.
- العناق.
- السلوكات التي تؤدي (بلوغ الذروة اللذة الجنسية وقذف المني)
- الاتصال الجنسي الشرجي وغيره.

غالبا لا يتخذ أحد الشريكين موقف ثابت فقد يكون ← سلبيا / ← ايجابيا

في الاتصال الجنسي اللـواطي فمعظمهـم يتبـادلون الأدوار الـسلبية والإيجابيـة 25٪ يبقون على صداقات لواطية طويلـة المـدة لكـن عنـدهم اتـصالات عـابرة 28٪ اتصلوا مع أكثر من 1000 شخص جنسيا لذلك كانت نسبة لواطي الإصـابة بالإيـدز عالية. وكثير منهم يتمتعـون باسـتقرار انفعـالي ويـسلكون مـسلك سـوي في حيـاتهم ويعدون أنفسهم سعداء.

يعانون من الاضطراب الاكتئابي وأعراض السيكوسوماتي (المرض البدني النفسي المنشأ) والانتحار بنسب أعلى من الأفراد العاديين.

- يعانون من عزلة نفسية متزايدة لأنهم لم يوفقوا بخلق علاقات ثنائية.
- يعانون من الشعور بالرفض كلما اقتربوا من منتصف العمر أو تجاوزوه من قبل المجتمع اللوطي لأن هذا المجتمع يفضل عنصر الشباب والجاذبية بالإضافة الى معاناة بعضهم من الرفض في بعض المجتمعات الأخرى.
- النساء السحاقيات قادرات على خلق علاقات ثنائية جنسية مع نفس الجنس ولهن اتصالات عابرة أخرى مع النسوة ولكن بنسبة أقل من اللواطين الذكور.
- نسبة الاضطرابات السيكاثري عند الاناث اقل من الذكور اللواطين. وقد يكون السبب داخلي المنشأة كغريزة الأم أو بسبب وجود ردود فعل اجتماعية أقل ضغطا.

وجهات نظر المثليين الجنسيين
السحاقين

1. غير مبسوطين (غير مشبعين) بحياتهم الجنسية كما هم الآن.
2. يشعرون أن العالم يصغر ويصغر.
3. كلما تحاول الانضمام والانسجام مع المجموعة تصبح اقل سعادة.
4. تساءل وتحاول أن تجرب كل شيء.
5. لديك الذكاء لتلاحظ أنه من الطبيعي أن يكون المثلية الجنسية موجودة.
6. من صنع الحياة وأحلى شيء أن لا يكون لديك حدود أو قيود.
7. حقا أنت تحب ناس من نفس جنسك.
8. السحاقيات تقلن: لا تحب أن تحمل.

9. بعضهم يعتقدون أن الله عمل الجنسية المثلية لأنه يريد أن يقلل عـدد الـسكان في طريقة "ضبط النسل" وانـه خيـارك أن تكـون مثلـي جنـسي أو أن لا تكـون يعـود لقرارك باختيار ما تحبه، مثل أن تحـب الفواكـه أو الـشوكولاته أو أن لا تحبهـا. أن الناس يختلفون في محبتهم أو رغبتهم للأشياء.
10. البعض يقولون لماذا تضعون الحق على الأهل في التنـشئة الاجتماعيـة لنـا، نحـن اخترنا ونحب أن نكون هكذا.
11. نحن لا نحب الدين المسيحي، لأنه يرفض الجنسية المثليـة ويعتبرهـا خطيـه شـهوة رديئة أي أب منحرف مع أننا نطبق وصية المحبة وهي "أحبو بعـضكم بعـضاً" لـذلك نحن نجد الانجذاب بنت- لبنت أو رجل- لرجل صح والخطية في نظرنا أن تنام مع كثيرين أي "الزنى".
12. الإمكانية أن تنمي شخصيتك بدون قـوانين الممنـوع أو الحـرام، الحريـة الكاملـة بدون حدود القوانين شيء مهم جدا.
13. أولا: وقبل كل شيء وأهم شيء أن الجنسية المثلية شعور جيد.
14. الحرية أن تتزوج أو لا تتزوج، المثلية تنمي السلام والرغبة والعدالـة لأنهـا تـدمر كره الطرف لنفسه وتحل مشكلة: كل البنات يتقاتلون من اجل الشباب، والـشباب يتقاتلون ويختلفوا مع بعض من اجل البنات.

الآن البنات يحبون بعضهم البعض

والشباب يحبون بعضهم البعض

وجهات نظر المؤيدون للجنسية الطبيعية (الطبيعيين)

- لو أصبح كل واحد لواطي، لانتهى الجنس البشري، وانقرض الإنسان

إن ممارسة الجنس ←امرأة + امرأة ←لا تنتج أطفال

رجل+ رجل ←لا ينجب طفل

أن الطريقة الوحيدة الصحيحة والطبيعية لإنجاب الأطفال تنتج من زواج

رجل+ امرأة ← انجاب أطفال

وبذلك تكون الطريقة الطبيعية هي التي تعلمها أيضا الطبيعة وتفرضها لاستمرار الجنس البشري وبقاءه هو الشكل الطبيعي للممارسة الجنسية.

- أن الجنسية المثلية تلغي نظام الأسرة والزواج، إذ أن هناك رباط مقدس اسمه الزواج، وهناك مؤسسة تدعى الأسرة والنظام الأسري وأن استمرار البقاء لتلك المؤسسات وبقاء الإنسان والمجتمعات والسعادة للأفراد، تمكن في بقاء واستمرار نظام الأسرة وتوفيره للإشباع العاطفي والطمأنينة والرعاية والحب والنظام والتهذيب والتأديب لتعليم السلوكات الصحيحة السوية وتنشئة جيل صحي وأفراد صحيحي النفس من الرجال والنساء والأطفال في المستقبل.
- أثبتت الدراسات عدم وجود عامل جيني يجعل الناس المثليين جنسيا وأن السبب الحقيقي هو اختيارهم وقرارهم لاتخاذ ذلك السلوك وأن الدراسات التي أجريت على المثليين جنسيا أثبتت وجود عوامل تعرضوا لها أصحاب هذه الجنسية ساهمت في تنمية هذه السلوك لديهم الي عمل على تغيير رغباتهم وميولهم وانحرافها مثل: تعرضهم للإساءات الجنسية المبكرة أو الأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية أو عوامل بيئية أخرى.
- انك لا تستطيع أن تكون منتجا للنسل عند ممارسة هذا الانحراف الجنسي، فلماذا تريد أن تكون مع شخص مثلك تماما ستخرج بالنهاية من تلك العلاقة الى مشاكل كثيرة فالجنسية المثلية سلوك مخالف للطبيعة والأديان السماوية وكثير من الثقافات. فالديانة المسيحية مثلا تعتبر الجنسية المثلية نتيجة لسيطرة الشر على الأفراد لسبب

الشهوة لنفس النوع وان تلك الشهوة تعتبر بالقانون الإلهي خطية وناتجة عن رفض إبقاء معرفة الله في قلوب هؤلاء الأشخاص وبذلك اشتغلوا بشهوتهم لبعضهم عاملين الفحشاء ذكورا بذكور زاناثا بإناث ونائلين في أنفسهم جزاء ضلالهم، هؤلاء الذي نهايتهم الموت.

- إن المثلية الجنسية يرتكبها الشخص ولم يولد بها، وإلا فكيف يحاسبنا الله عليها إن كنا قد ولدنا بها؟!! فالله خلقنا في احسن صورة عظيمة وحسنة، فلماذا يختار الإنسان ان يشوهها؟!! وان المحبة والعطاء واستمرار البشرية مربوط من خلال إطار المحبة والزواج فلماذا تذهب مع شخص عنده كما عندك، فانه من الأفضل لك أن تلعب بنفسك فإنه لا فرق...!
- حتى وأن كنت لا تصدق الكتب السماوية أو ترفض طاعة الله، أو الاستجابة للقيم والتقاليد الاجتماعية الجيدة، فانظر الى الطبيعة وتعلم منها فالطبيعة تعلم المجرى الطبيعي الصحيح للسلوكات!! بالإضافة الى ذلك فان هذا الموضوع غير مقبول عقلانيا من وجهة نظر منطقية.. "فكيف ترضى بأسلوب حياة كهذا"؟!!

اطلاعات للرأي العام لمجموعة من الشبيبة

- أظهرت نتائج اطلاعات الرأي العام لمجموعة من الشبيبة حول مدى تقبل الجنسية المثلية:
- إن ثلث الشبيبة 18-25 سنة وبالتحديد 32٪ يعتقدون أن الناس ولدوا هكذا (32٪).
- 55٪ يعتقدون أن الجنسية المثلية سلوك غير أخلاقي.
- 45٪ يقبلون الجنسية المثلية.
- نصف المجموعة تعتقد إذا لم تقبل المثلية الجنسية فإنك صاحب عقل صغير لذلك يجب أن تقبلها متى يكون عقلك صغيراً.
- النصف الآخر يعتقد بأنه يجب عدم قبولها.

- 44٪ من المجموعة التي تقبل المثلية تعتقد بأنه يجب السماح لهم بالزواج.
- 38٪ يعتقدون بأنه يجب أن لا يسمح لهم بالزواج.

دراسة كنزي "Kinsey"

- أظهرت أن 10٪ من الأفراد هم مثليين جنسيا ولكن الدراسات الأخرى أظهرت أنه لا يوجد نسبة كهذه في المجتمع الأمريكي وأن النسبة هي 1-2٪.
- أقل من 3٪ هم من المثليين النشيطين **Active** وهناك فكرتين عامتين تعود الى الأسباب للجنسية المثلية

السبب:

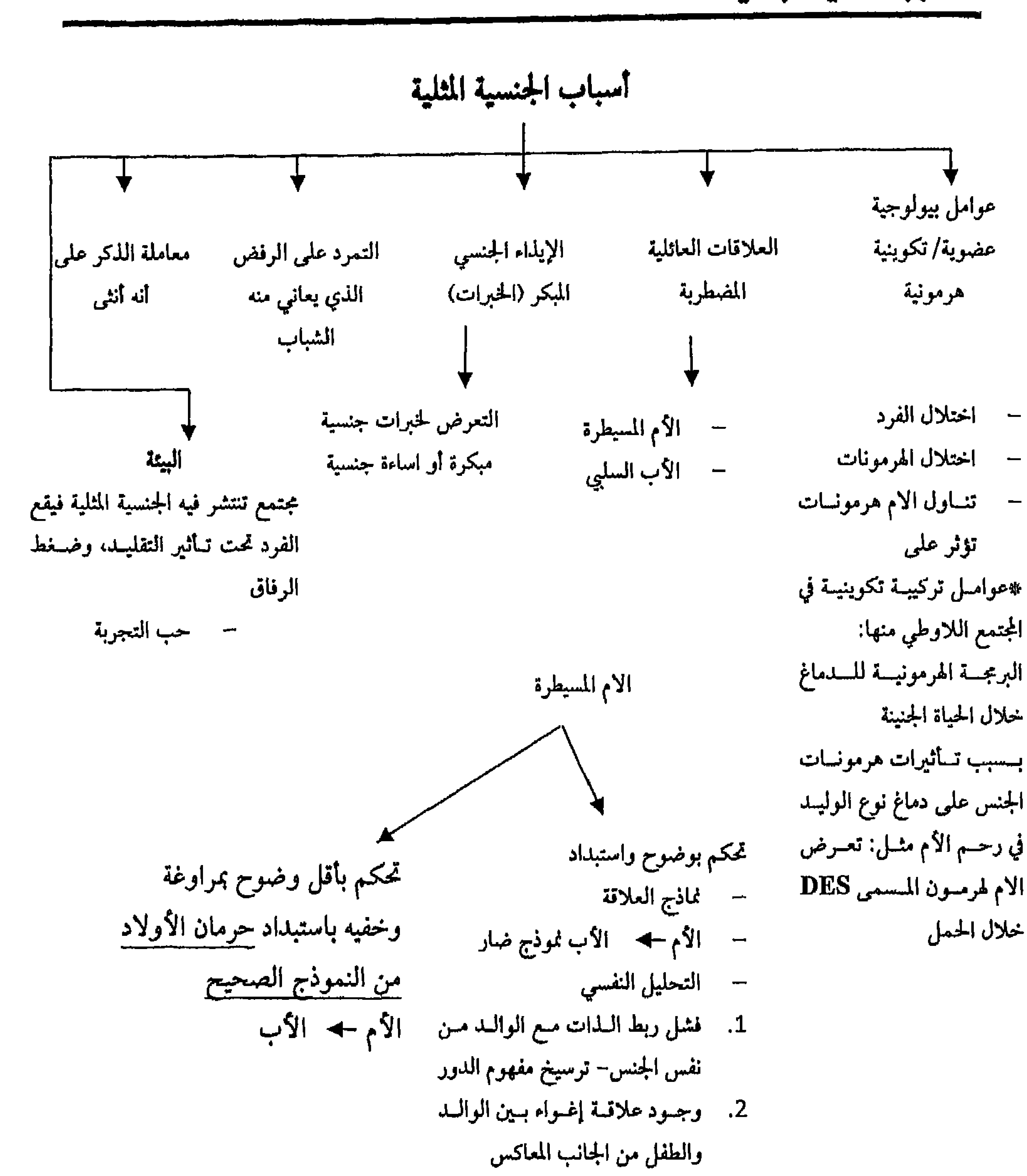
1. قرار هؤلاء الأفراد أن يكون مثليين (وبسبب التقليد أو تأثيرات الآخرين عليهم أو اضطرابات في العلاقات)
2. أسباب وراثية (نتيجة خلل في الهرمونات)

أجريت دراسة على القردة للجنسية المثلية

وجدت الجنسية المثلية عند القردة حين طال اجتماع الذكور مع بعضها ولكن الأمور عادت الى وضعها الطبيعي عندما أصبح الاجتماع يضم الجنسين ولم تعد القردة الى ممارسة ذلك السلوك قطعيا.

- نسبة المثلية الجنسية في الذكور أعلى منها في الإناث/ والسبب يعود الى عوامل لدى الأنثى كغريزة الأمومة في حياتهم وأسباب داخليه.

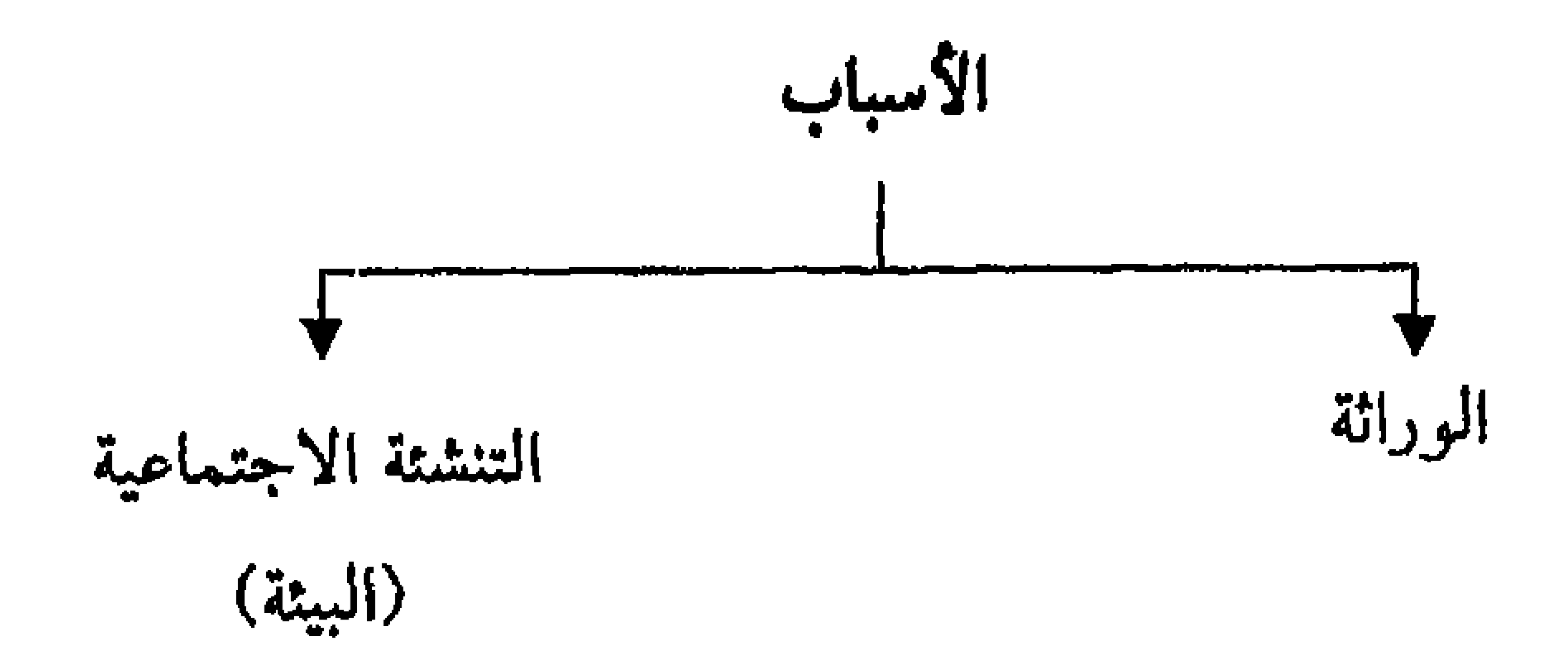
في دراسة أجراها 11 دكتور في أمريكا على مجموعة من المثليين جنسيا أوضحت الدراسة أن هناك أكثر من عامل يؤدي الى اتجاه الأفراد لهذا السلوك.


أسباب الجنسية المثلية
عوامل بيولوجية عضوية/ تكوينية هرمونية
العلاقات العائلية المضطربة
الإيذاء الجنسي المبكر (الخبرات)
التمرد على الرفض الذي يعاني منه الشباب
معاملة الذكر على أنه أنثى
- اختلال الفرد
- اختلال الهرمونات
- تناول الام هرمونات تؤثر على
*عوامل تركيبة تكوينية في المجتمع اللاوطي منها: البرمجة الهرمونية للدماغ خلال الحياة الجنينة بسبب تأثيرات هرمونات الجنس على دماغ نوع الوليد في رحم الأم مثل: تعرض الام لهرمون المسمى DES خلال الحمل
- الأم المسيطرة
- الأب السلبي
التعرض لخبرات جنسية مبكرة أو اساءة جنسية
البيئة
مجتمع تنتشر فيه الجنسية المثلية فيقع الفرد تحت تأثير التقليد، وضغط الرفاق
- حب التجربة
الام المسيطرة
تحكم بوضوح واستبداد
- نماذج العلاقة
- الأم ← الأب نموذج ضار
- التحليل النفسي
1. فشل ربط الذات مع الوالد من نفس الجنس- ترسيخ مفهوم الدور
2. وجود علاقة إغواء بين الوالد والطفل من الجانب المعاكس
3. العقد
4. التثبيت عند مرحلة معينة من مراحل النمو عند الاطفال.
تحكم بأقل وضوح بمراوغة وخفيه باستبداد حرمان الأولاد من النموذج الصحيح
الأم ← الأب

• الجنسية المثلية مشكلة معقدة بسبب تداخل أسبابها وتعقدها واستحالة علاجها وبسبب ذلك يشكل أصحابها "قوى ضاغطة على حكومات المجتمعات/ لنيل حريات وحقوق".

وهذا هو السبب الذي أدى بالمجتمعات الصناعية الى قبولها كسلوك واقعي، مجردة من صفة المرض ونزعته من معنى الأخلاق، بالإضافة الى وجود اتجاهات قوية ترفع شعار المساعدة والعون لأصدقاء وآباء المثليين الجنسيين والعون وقبولهم في المجتمع دون تميز ولا تعبير ولا تفكير لادعاءهم بأنهم خلقوا على هذه الجبلية السلوكية الجنسية واستحالة تبديلهم.

الأسباب:



التنشئة الاجتماعية تهيىء لتعلم وقبول سلوكات غير مقبولة. مواقف مرتبطة بالخطر، تعلمنا الخوف منها بغرض المحافظة على الذات وبناء النوع.

والنموذج الحيوي يوضح إن العوامل الوراثية تهيىء لتطوير سلوكات غير سوية.

وهناك الاستعداد البيولوجي للاستجابة للمواقف فيصبح لدينا سبب في استعدادنا للخوف لسلوك غيره من الاضطراب.

وقد أوضحت الدراسات ان الوراثة تهيىء الاستعداد الوراثي لتطور المرض، لكن مازالت قضية "التنشئة تهيىء" والعوامل الوراثية "تهيىء"

محل خلاف ما إذا كان السلوك غير السوي:

"أرثا بيولوجيا أم أنه شكل من أشكال التعلم؟!!"

لقد أوضح a.Dean. Byrd's صاحب كتاب When a loved one stagggle with same sex attraction:

1) يمكن تغيير المثلية الجنسية بحيث يجب أن تعرف عنهم وكيف تطور الاضطراب لديهم

2) الأبحاث أظهرت ان الجنسية المثلية ليست جينية

"Homo Sexuality is not genetic"

ويمكن إبطال المشاعر تجاه الشخص من نفس النوع ونسبة النجاح للعلاج 50٪.

3) أن العلم ينظر للأمور بشكل موضوعي فلا يوجد علميا شيء اسمه صح أو خطأ حسب التقاليد والأديان إلا أن الأبحاث أظهرت عدم وجود عامل جيني ففي دراسة اجريت على المثليين الجنسيين تبين أنه لا يوجد دليل أنهم جيناتهم غير عن جينات الأشخاص العاديين ولا يوجد عندهم جين يجعلهم غير عن الآخرين ولا يحملون جينات مختلفة عن الآخرين.

4) الجنسيين المثليين يشكلون قوى ضاغطة على المجتمعات لنيل حقوقهم.

من أسباب المثلية الجنسية (اللواطية) "Homosexuality"

- **التمرد:**

وجود القوانين دون وجود العلاقات

يؤدي الى ← التمرد

أشكال التمرد

- الوالدين الصارمين/ تربية متسلطة/ متشددة
- الوالدين المتساهلين- الحرية بدون مسؤولية وحدود (عدم وجود حدود وتوقعات وقوانين تحكم السلوك وعدم وجود التوجيه من الأهل).
- هروب من الم عاطفي (بيت محطم، فقدان عزيز، تنفيس عن مشاعر).

أسبابه ←―――― العلاقات السيئة مع الوالدين، شعور نقص تعبر عن تفكيره وما يشعر به وما ينقصه بالإضافة الى ضغط الأفراد وحب التجربة، فهو بتمرده يحاول أن يفهم الآخرين ما يريد (A cry for help)

العلاج ←―――― بناء العلاقات الصحيحة- الحب- التقبل- التفهم

يجب أحد أن يسمعهم، ويفهم مشاعرهم وحاجاتهم.

أسبابه ←―――― المعاملة المتساهلة – المعاملة المتشددة- التسلطية

وضعف الإقران ←―――― التجريب (حب التجربة).

- **معاملة الطفل الذكر على أنه أنثى**

بلال عمره 3 سنوات، الطفل الذكر الثاني الصغير بين أخوات 5

تظهر محبة الأسرة له واهتمامهم الزائد في:

1. يتحدثون معه بلغة طفولية، وينادونه بلغة لا تتناسب وعمره.
2. تلبية طلباته بأشكالها المختلفة ضرورة وواجب وعلى الجميع تحقيقها بسرعة.
3. من طلباته الغريبة حبه لارتداء ملابس البنات واللعب به طوال الوقت.
4. استعمال صيغة المؤنث عند التعامل معه (تمادي في الدور وتشيجع).

- كبر بلال وكبر معه هذا الشعور وأحب ذلك الدور فأصبح يظهر ميولا للتحدث والسير واللباس كالبنات ←―――― ذهبوا الأهل للبحث لطب العلاج من المختصين.

التعامل مع الطفل الذكر بصيغة المؤنث

إلباسه لباس البنات، استعمال أسماء وصفات مؤنثة في مناداته.

لأسباب – الدلال الزائد

- تعويض عن عدم وجود طفلة في الأسرة
- تقليد أخواته دون وجود رادع من الأهل لإيقافه ومنعه من الاستمرار في لعب هذا الدور بل يشجعانه.

حقائق هامة:

- التوجيه السليم للآباء لأبنائهم في مرحلة الطفولة المبكرة عن أهمية الدور. ولعب الدور الصحيح الخاص به وإلا أدى ذلك الى سلوكات عكسية.
- إننا نرث أعضاءنا الجنسية ولكننا نوجه الى الأدوار الجنسية فالتوجيه للدور يكون من قبل الأهل ومسؤوليتهم.

آثار عدم التوجيه للدور الجنسي تكون سلبية على شخصية الطفل

اختلاط الدور أمر غير مقبول ومحبذ فقد يحب ويعجب الطفل بهذا الدور ويقلده ويتقمص دور الأنثى بشكل واضح في لعبه وعندما يكبر يكون عليه من الصعب التعامل مع الدورين ← مما يؤدي ← الى توليد سلوك انحرافي لديه ويظهر ذلك في الميل والانجذاب الجنسي لنفس الجنس فيما يلي:

- ارتداء ملابس النساء والبقاء بها داخل البيت أو يخرج بها.
- الميل للعيش في مجتمعات لها دور كبير للأنثى.
- المعاناة النفسية التي يعانيها أفراد هذه الفئة.
- مواجهة ضغط نفسي كبير بسبب ازداواجية الدور الذي يلعبونه ← مما يسبب لهم الأمراض النفسية وأحيانا يكون لهم جمعيات خاصة بهم.
- مرض نفسي.
- الابن حقا يسيء فهم المساندة من الأهل، ويعتبرها تعزيز لسلوكه، أن المساندة يجب أن تعطى لنفس الطفل وليس لسلوكه الخاطئ.
- إن المساندة والتوعية عوامل ضرورية بدونهما يصبح الطفل ضائع.

الحلول:

- عملية تحديد الدور الجنسي مهمة جدا في الطفولة المبكرة في عملية التربية.
- تدريب الذكر داخل الأسرة على تحقيق الصفات التي يتصف بها الذكور.
- المسؤولية على الوالدين والأخوة الذين يكبرونه سنا.
- استعمال الصيغة المناسبة لجنس الطفل.

- تهيئة الطفل ليلعب الدور وتشجيعه عليه في لعبة وفي لباسه وحتى في طريقة تحدثه وسيره.
- أي ملاحظة على اختلال هذا الدور يتطلب عدم التساهل والاسراع الى تقويمه وإذا صعب الأمر يجب الالتجاء الى الأخصائي لمساعدتها.
- على الأب أن يشجع الدور الخاص بالذكر ويشدد على أهمية التمسك بصفات الرجولة.
- يشجع الأب الطفل على المشاركة في الأعمال التي هي من صميم أعمال الرجال.
- الانتباه الى نوعية الالعاب التي يمارسها، وتركيزه الدور الذكري كأن يلعب الطفل دور الأب، أو دور الطفل الذكر، وأن لا يسمحا له بلعب دور الأنثى حتى في مجال لعب الأطفال.

المعاملة القاسية بما فيهما الاهانة والسخرية لأي شخص تولد الكثير من الإحباط والكراهية والسخط والعدوان.

وتخلق شخصية غير سوية تتصف بالتردد وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين حيث يتسبب هذا الهروب والانطواء

هذه الأخطاء في التربية/ تمهد الطريق نحو الانحراف والعدوان تجاه الآخرين وتنمي الشعور بالنقمة والكراهية والانتقام على كل من يمثل السلطة أو تكون له سلطة عليه.

قد يسكت الأطفال وهم صغار ولكنهم سوف يثورون يوما ما وخصوصا في مرحلة المراهقة على هذه المعاملة عندما لا ينفع الندم.

ما يعتبر إساءة جنسية للطفل:

1. تعريض الطفل لرؤية الأعضاء التناسلية لراشد.
2. طلب الراشد من الطفل التعري للنظر اليه أو التحرش به.
3. لمس أعضاء الطفل من قبل الراشد.

4. الاتصال الجنسي بالفم.
5. إجباره على ممارسة العادة السرية.
6. إدخاله أشياء في المناطق الجنسية الأمامية أو الخلفية.
7. الجماع الجنسي.
8. استخدام الأطفال لانتاج مواد إباحية.

آثار الجنسية المثلية (1)

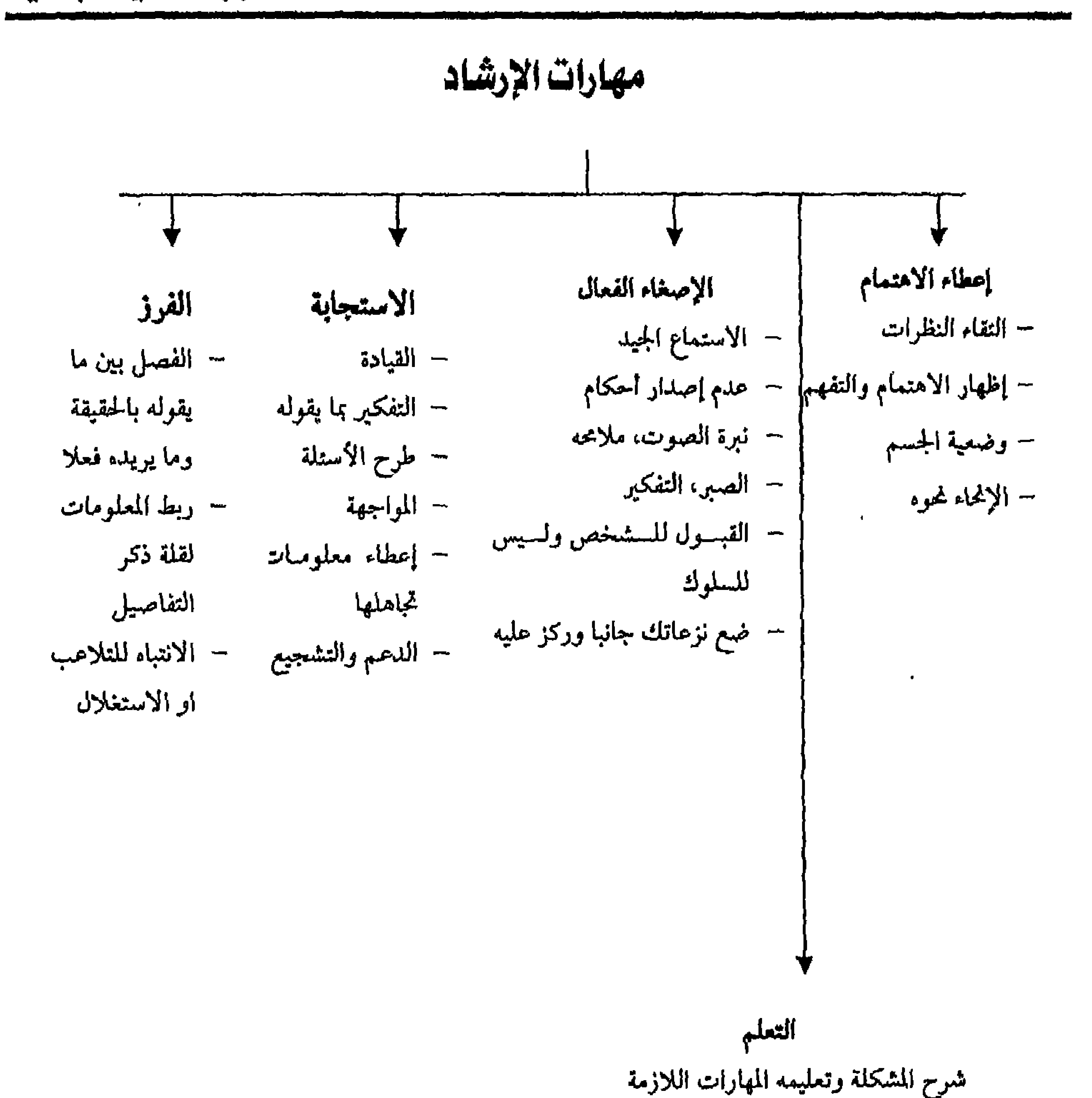


نتائج دراسات أجريت على المثليين الجنسيين

- المثليون جنسيا يشكلون 1-2٪ من المجتمع الامريكي، و50٪ منهم لديهم مرض الزهري أو السفلس و 60٪ منهم لديهم مرض الإيدز وكذلك يعانون من الأميبا وداء الشيفلات وداء الجياردليت وأمراض ناتجة عن وجود جرثومة في الأمعاء وبسبب شيوع هذه الأمراض أصبح يطلب عليها اسم "متلازمة أمراض أمعاء المثليين جنسيا".
- دراسة بيل وواينبرغ أظهرت أن ثلث المثليون جنسيا مارسوا الجنس مع أكثر من 1000 شخص في حياتهم و 10٪ منهم وأقل لديهم علاقات قوية طويلة الأمد وحتى هؤلاء لا يأيدون الزواج الأحادي.
- دراسة "ماك رايتر" أظهرت بأن "صفر٪" كانوا من مؤيدين الزواج الأحادي بعد تجربة السكن مع بعضهم 5 سنوات.
- صحيفة "AFA" أوضحت بأن 43٪ من المثليين جنسيا يمارسوا الجنس مع أكثر من 500 شخص. وأن 1٪ منهم يمارس الجنس المثلي مع (1-4) أشخاص فقط خلال حياتهم.
- إن بعض المثليين جنسيا يشعرون "بالوحدة والرفض" وليسوا سعداء على العموم، وفي نضال ضد التمييز، ولن يحصلوا على قبول أو تفهم المجتمع القويم "الصحيح" لهم وان الخيانات عليهم بينهم كثيرة وتنزل أيضا بمثابة كارثة عليهم. ويعانون من رفض المجتمع لهم ومن رفض المجتمع اللواطي أيضا.
- يشعر بعضهم "بالشعور بالذنب" و "كراهية الذات" وشعور دائم بالذنب والعار مهما أنكروا هذه الحقيقة بسبب رفض المجتمع لهم، وبسبب وجود بقايا التربية الدينية وقيم التربية وقد ينكر البعض الشعور بالذنب إلا أنه مرتبط بشعور عمل الخطأ.
- أظهرت نتائج دراسات علم النفس أن الجنسية المثلية منطقة صعبة في علم النفس، وأن الدراسات التي أجريت كان عددها أكثر على الرجال منها على

النساء، وأن هناك حاجة لدراسات أكثر وأن حب التجربة والاندفاع للمغامرة واكتشاف الصح والخطأ عن طريق التجربة هو عامل مساهم في تنمية المثلية الجنسية.

- إن الثقافة والتنشئة الاجتماعية (ومنها عدم التوعية للأهل، وأسلوب التربية الخاطئ) هي من الأسباب التي تساهم في تنمية المثلية الجنسية وأن الأفراد الذين لديهم مشاكل خاصة بالجنس **Gender Problems** هؤلاء يصبح لديهم استعداد أن يصبحوا مثليين جنسيا.
- لا توجد معلومات كثيرة أعداد المثليين الجنسيين جنسيا بالنظر مع وجود عوامل الثقافة والدين في المجتمعات وأنه من المستحيل بل ومن الصعب الوصول الى نسبة علمية صحيحة بالنسبة لمعرفة العدد وفي هذه المنطقة يتم التلاعب بالإحصائيات عن معرفة "الرأي" أو الإحساس/ العاطفة بسبب تأثيرات الناس على بعضهم البعض.
- يولد "نمط حياة" **Life Style** المثليين جنسيا أنواع أخرى من الانحراف الجنسي تلحق ضررا جسميا أو نفسيا فهم لا يقبلون مبدأ الزواج بزوجة واحدة فقط، ويمارسون بعض أنواع الشواذ الجنسي والإباحية ليحصلوا على الاثارة الجنسية وكثير منهم مارسوا الجنس بواسطة الفم والشرج مع أشخاص كثيرين وعدد قليل منهم مارسوا أنشطة معروفة كانحراف مثل
- السادية والماسوشية او الجنس الجماعي بكل انواعه وهم باستمرار يبحثون على اثارة ومتعة اكثر للتعويض عن عدم إشباع العواطف والحب والطمأنينة لديهم.


مهارات الإرشاد
إعطاء الاهتمام
- التقاء النظرات
- إظهار الاهتمام والتفهم
- وضعية الجسم
- الإنحاء نحوه
الإصغاء الفعال
- الاستماع الجيد
- عدم إصدار أحكام
- نبرة الصوت، ملامحه
- الصبر، التفكير
- القبول للشخص وليس للسلوك
- ضع نزعاتك جانبا وركز عليه
الاستجابة
- القيادة
- التفكير بما يقوله
- طرح الأسئلة
- المواجهة
- إعطاء معلومات تجاهلها
- الدعم والتشجيع
الفرز
- الفصل بين ما يقوله بالحقيقة وما يريده فعلا
- ربط المعلومات لقلة ذكر التفاصيل
- الانتباه للتلاعب او الاستغلال
التعلم
شرح المشكلة وتعليمه المهارات اللازمة

مهارات الإرشاد

1. **اعطاء الاهتمام- الكامل للفرد عن طريق**

- التقاء النظرات دون التحديق به وإنما لإظهار الاهتمام والتفهم.
- وضعية الجسم، الإنحناء الى الأمام نحوه.

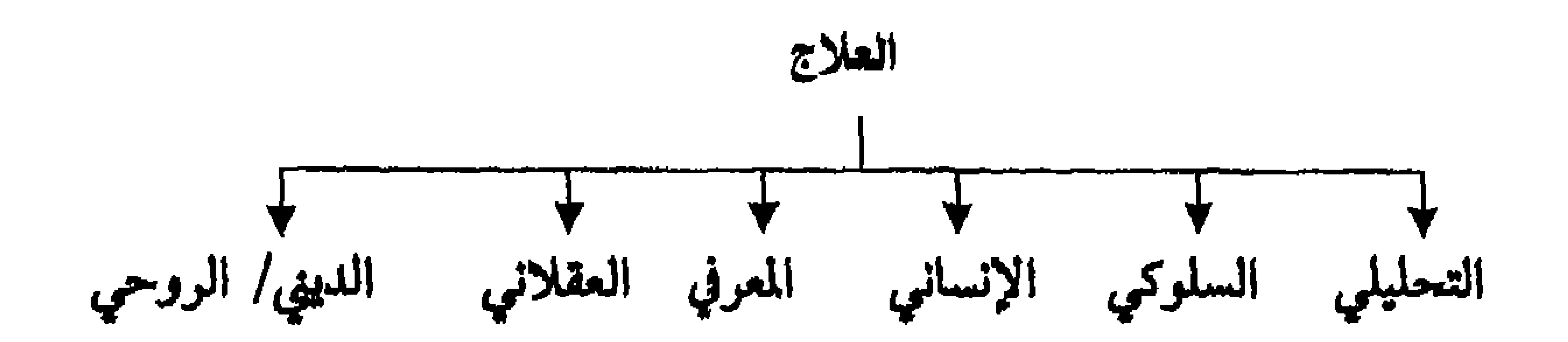
2. **الإصغاء الفعال:**

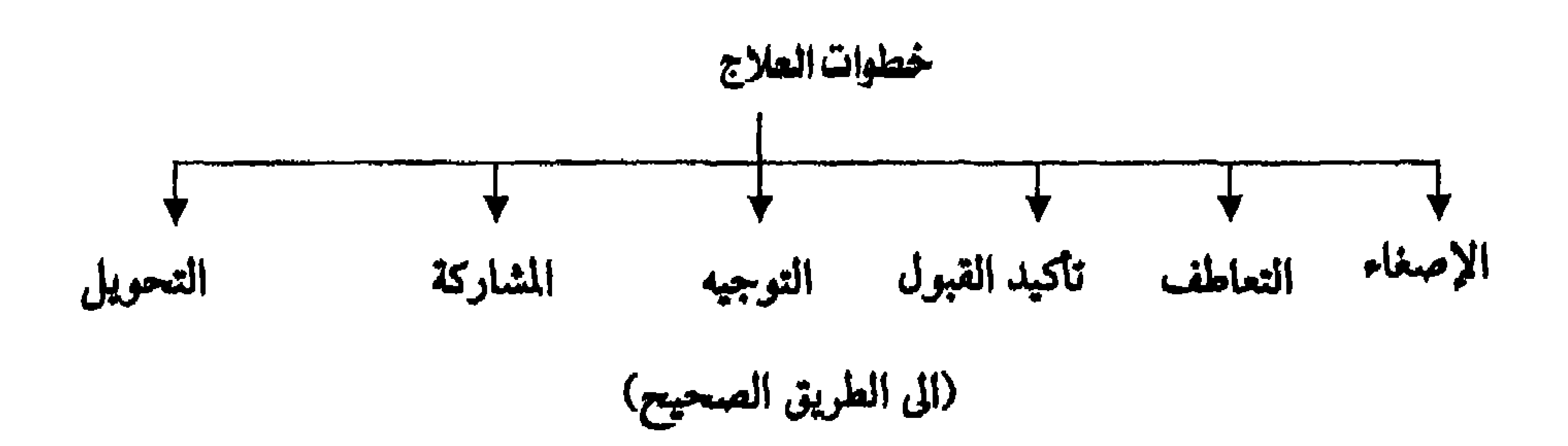
- ضع نزعاتك جانبا وأصغي وركز على ما يريد أن يوصله لك.
- تجنب التعبير الشفوي وغير الشفوي عن عدم رضاك أو إصدار أحكامك مهما كلماته.
- اكتشف أية رسائل أو معاني من نبرة الصوت، وضعية جسمه، ملامحه.
- قراءة ما بين السطور ما لم يتفوه به.
- الصبر خلال فترات الصمت أو التفكير وعندما ينفعل، لانتظاره ليعود لوضعه الجسمي الطبيعي.
- لا تشتت نظرك عنه.
- التأكيد على انك تقبله لشخصه ولو انك غير موافق على اعماله وقيمه ومعتقداته.

3. **الاستجابة**

- **القيادة:** وجه المحادثة بقيادة الجلسة بطرح أسئلة لأنها توجه الى اعطاء معلومات مفيدة.
- **التفكير بما يقوله،** لتشعره بأنك معه واستعمل كلمات للاستجابة على مثل: يبدو من كلامك.. لانك ذلك يبعث فيك... أظن أنك تشعر...
- **طرح الاسئلة:** الأسئلة التي تحتاج لجواب جملة أو جملتين بدل من لا- ونعم لمساعدتك على تفهم حالته.

- **المواجهة:** ليست مهاجمته بعنف وإنما تقديم بعض الأفكار له التي لم يلاحظها بأسلوب لطيف، وبمحبة بدون إصدار الأحكام.
- **إعلامه بالمعلومات التي يحتاج معرفتها:** لا تعطي معلومات كثيرة في وقت واحد كن واضح- وقدم معلومات ملائمة لحاجته ليتجاوب معها.
- **الدعم والتشجيع:** خاصة في بداية الارشاد ليدرك الحقائق والمعلومات ووضعه ومشكلته ومساعدته لمواجهة أية مشكلات أو فشل نتيجة أعماله.
- **التعليم:** تعليمه وتثقيفه والشرح له عن المشكلة والمهارات اللازمة لكي يواجه هذه المشكلة ومشكلات الحياة.
- **الفرز:** حاول الفصل بين ما يقوله بالحقيقة أو بين ما يريده تماما. واربط المعلومات لأنه قد لا يذكر كل التفاصيل والحقائق وانتبه إن كان يتلاعب أو يستغل.





- **المهارات**
  - التنفير الخفي.
  - الاسترخاء.
  - اتخاذ القرار.
  - توكيد الذات.
  - ضبط الذات.
  - مهارة قول لا
  - النمذجية الرمزية.
  - إعادة التصور.
  - التحصين ضد الضغوطات.
  - تعزيز الصفات الإيجابية.
    1. ابتسامة جذابة
    2. شخصيته الودودة
    3. روح الفكاهة عنده
    4. قدراته الرياضية
    5. استخدام الموسيقى الحاسوب وغيره

أسلوب التنفير وتقليل الحساسية التدريجي

عند استخدام أسلوب التنفير وتقليل الحساسية يعمل عن طريق التعليم وفق عملية الاشراط الكلاسيكي

التقيؤ UCR ← UCS مثير طبيعي الغثيان

CR ← NS (محايد) تستجر التقيؤ

CR ← CS مثير شرطي/ اقتران

أسلوب – الكف المتبادل

UCR ← UCS

اقـتران مـثير محايـد يـصبح شـرطي عنـد الاقـتران مـع مـثير طبيعـي الـذي يستجر التقيؤ

صورة الرجل التي كانت تستجر اثارة جنسية أصبحت تـستجر اسـتجابة منفـرة تحل محل الاستجابة المرغوبة

اشراط كلاسيكي

اثارة ← UCS رائحة حلوة

تستجر اثارة ← CS صورة المرأة

علاج المثلية الجنسية

- **العلاج النفسي الجماعي**
- **العلاج التحليلي**
- **العلاج المعرفي**
  - فنيات "المفهوم الخاطئ"
  - تغير مفاهيم المريض
  - إعادة تشكيل مدركاته
- **العلاج السلوكي**

معالجة الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي وتعديل السلوك المرضي

1. تحديد السلوك
2. قياس السلوك "اختبارات"
3. تحديد الظروف المهيئة لحدوث السلوك. ما يسبقه ويبقى عليه/ تحليل -ABC
4. اختيار الظروف للتعديل
5. خطة التعديل والاجراءات والمهارات اللازمة
6. تنفيذ البرنامج العلاجي
7. تعديل ظروف البيئة لتشكيل حدوث السلوك المنحرف.

- الوصول الى السلوك المعدل وإنهاء العلاج

- **العلاج الإنساني "المتمركز حول العميل" روجرز"**

1. مفهوم الذات

- صورة يكونها عن ذاته نفسه وحكمه على هذه الصورة
- تعديل صورة مفهوم الذات
- نمو الشخصية

2. تقدير الذات

-الحاجة الى التقدير الذاتي

3. الاعتبار الايجابي من الآخرين
4. عدم التطابق بين الذات والخبرة **Incongrouancy**

-الفرد غير متوافق معرض للتهديد

-فهو يسلك سلوك دفاعي.

أساليب العلاج

- التنفير الخفي "الاشراط التجنبي"
- تعديل السلوك التدريجي من الاقدام الى الاحجام والتجنب
- تقليل الحساسية التدريجي
- الكف المتبادل
- المهارات
- مهارات اتخاذ القرار
- العقاب (الخبرة المنفرة)- الاستفراغ- الانسحاب
- الانطفاء
- الاسترخاء
- توكيد الذات
- مهارة "قول لا"
- التعزيز الموجب

العلاج السلوكي

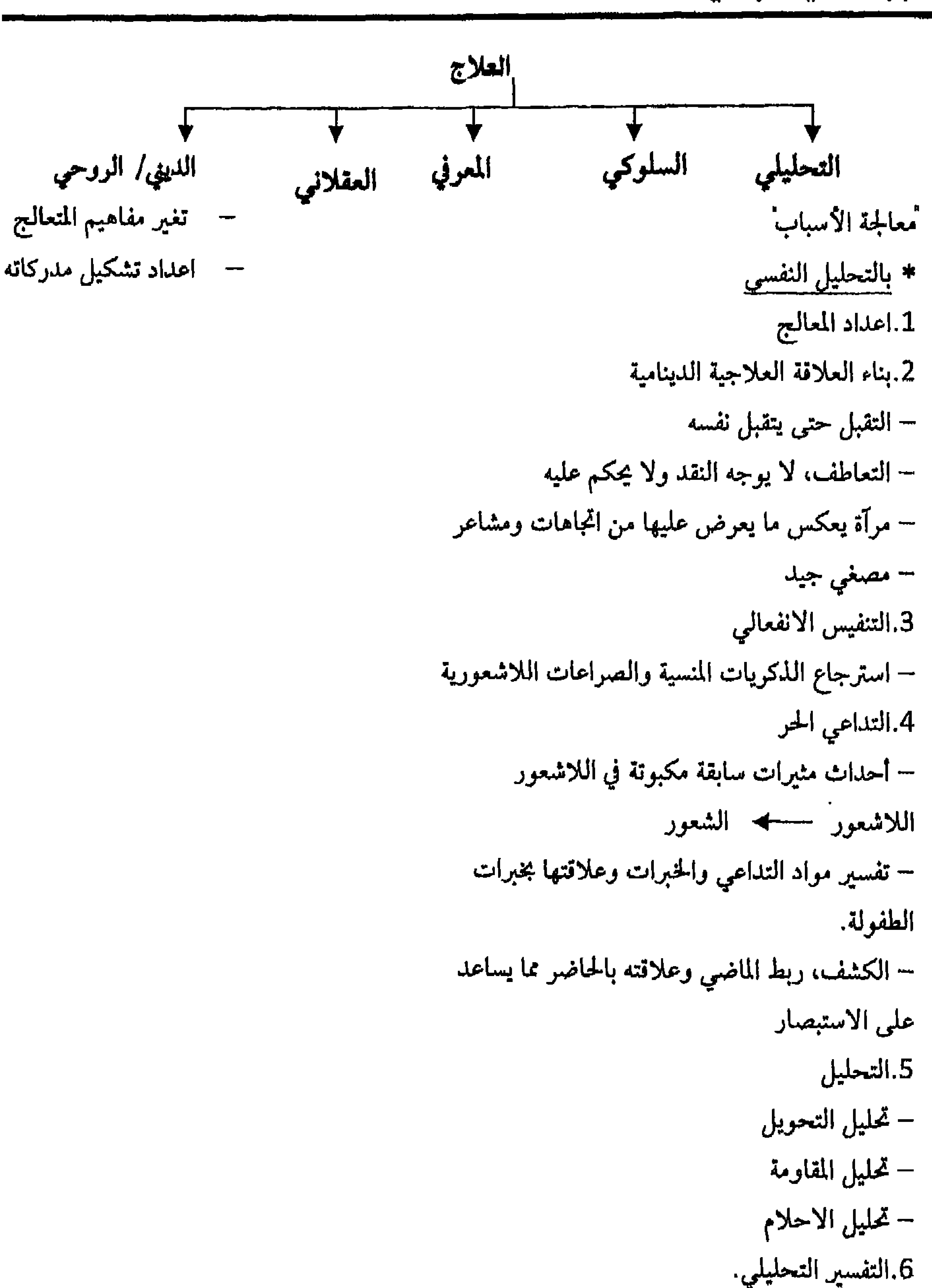
خطواته

- تعريف المشكلة وتحديدها.
- أثرها على الاسرة.
- أثرها على المتعالج.
- أسباب حدوثها.
- الشعور باللذة.
- عدم الانجذاب للفتيات.
- كره البنات.
- الانجذاب للشباب.
- دافع داخلي، نفسي.

الحلول المناسبة : مرحلة (1)

مرحلة (2)

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية
الحلول المناسبة	**العلاج**
1. مراقبة الشخص، متى، اين 2. الظروف السابقة، اللاحقة 3. البدائل 4. توفير المهارات اللازمة	**الأساليب العلاجية المناسبة** - التنفير الواقعي والخفي - تقليل الحساسية التدريجي - الاسترخاء - اتخاذ القرار - توكيد الذات - مهارة قول 'لا'



* المعرفي

– فنيات "مفهوم الخاطئ"

فيكتور ريمي، Ramiy

الاضطراب نتيجة لمعتقدات أو اقتناعات خاطئة يتبناها المتعالج بشكل قاسي وغير موضوعي حول ذاته. مما يدفع به الى سلوك

سلوك غير متعقل ← يؤدي الى انهزام الذات

الهدف: تغير التطورات الخاطئة لدى المتعالج وتصحيحها أو تغيرها مما يؤدي ← زوال جوانب سوء التوافق

يستخدم ريمي 4 فنيات للعلاج:

1. محاولة العثور على المفاهيم والتصورات الخاطئة وتغيرها من خلال فحص وتمحيص الذات عن طريق تشجيع المتعالج على الحديث عن ذاته وعن مفاهيمه الشخصية.
2. محاولة تفسير وتوضيح المفاهيم التي يتبناها المتعالج.
3. التشجيع على الإثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقاته بالآخرين.
4. إعطاءه الخبرة البديلة إزاء تصوراته ومفاهيمه الخاطئة.

دور المتعالج: المراجعة المعرفية لأفكاره

إدراك العلاقة بين المعرفة والانفعال

- الاستبصار
- الاعتراف بالتصورات الخاطئة.

فنيات:

- اعادة التصور
- الحديث الذاتي
- التحصين ضد الضغوطات

العلاج السيكوديناميي "التحليلي"

- **الإصغاء**
  - مواجهة المشاعر والممارسة بكل حرية
  - بدون غضب او صدمة
  - الانتباه الى الكلمات، المشاعر، المزاج، الرسائل غير اللفظية
- **التعاطف**
  - نرى من خلال عيونه
  - نراه انسان يحتاج المساعدة
  - تعكس ما بداخله
- **تأكيد القبول**
  - قبوله لأنه مرفوض من أسرته ومجتمعه وأصدقائه
  - قبول غير مشروط
- **التوجيه "التوجيه الى الطريق الصحيح"**
  - قبول التغير
  - إجراء اتفاقية
  - العقد مع "المثلي الجنسي" لقبول شخصيته الجديدة
  - التشجيع على الهروب من التجربة وقطع كل العلاقات المساعدة على تجنب اي شخص يثيره جنسيا
  - التشجيع على الابتعاد عن الأمكنة والظروف التي قد تعرضه للإثارة الجنسية.
  - "المواجهة" بضرورة اخبار الاصدقاء المثليين عن سبب قطع العلاقة معهم مبينا السبب انه يريد أن يتخلص من تأثيرات الماضي القوية عليه وليس بالضرورة اظهار الرفض لهم
  - تجنب الخروج بمواعيد مع الآخرين لبعض الوقت.

- صرف الوقت مع أصدقاء جدد لحين أن يتعرف على شخصيته الجديدة وما سيكون عليه بالمستقبل
- التشجيع على حضور الأفلام قراءة الكتب التي تساعد على تغير تطلعاته وميوله.

- **المشاركة**
  - اشراكه في العلاج
  - اشراكه في اتخاذ القرار لهجر الممارسة
  - اشراكه بالمناقشه حول خطوه جديدة نريده أن يتخذها
  - افهمه الخطة، إن اشراكه عامل رئيسي لتنفيذها ونجاحها
- **التحويل**
  - حوله الى الطبيب في حالة الضرورة
  - لاعطاء أدوية
  - معالجة الاكتئاب أو أي اضطرابات أخرى ان وجدت.

العلاج السيكوديناهي

ان العلاج لن يكون فعالا إذا لم يكشف عن صراعات وإحباطات الطفولة المسببة للاضطراب. وخلال العلاج فان التعبيرات الظاهرة للأعراض تستبعد وتحل محلها أعراض أخرى مثل ميكنزمات الدفاع

ويحدث التحسن عندما يصبح لدى المتعالج إحساس متزايد بالسيادة الشخصية والسيطرة على الذات. "سيادة الأنا"

نظرية التعلم الاجتماعي:

لنجاح العلاج غير اللفظي

تحدث زيادة في فعالية مفهوم الذات، وليس فقط من خلال الاداء السلوكي وانما من خلال الخبرات البديلة.

[من خلال الملاحظة، نتعلم كيف نواجه أحداث الحياة التي لا نريدها].

الأشخاص ذوي المستوى المرتفع نماذج سلوكية جيدة.

التدعيم اللفظي يزيد من الفعالية الذاتية ويشجعنا على مواجهة المواقف التي كنا ننسحب منها.

النموذج المعرفي السلوكي

المعرفي: إعادة البناء المعرفي للمتعالج.

السلوكي: تم تعلم الاضطراب نتيجة ارتباطه لمواقف أو أشياء أو أحداث مجهدة يتم التعلم عن طريق ارتباط كلاسيكي مخيف للشيء أو الموقف بأحداث مثيرة مثال (الأم تحكي قصة مخيفة كل ليلة قبل النوم لطفلها، تكسبه الخوف من الظلام)

المفاهيم المهمة:

1) القدرة على الضبط: القدرة على السيطرة على الأحداث المنفرة كلما انخفض السلوك غير المناسب (الانحراف)

2) فعالية الذات: الوعي والثقة إزاء ما يحدث في حياتنا نتاج ما تعلمناه حول قدرتنا أو عجزنا إزاء ما نريد عمله.

زيادة الشعور بالفاعلية يعني ←———— نقص حساسيتنا نحو تطور الاضطراب كاستجابة للخبرات الصادمة

علاج سلوكي: التعريض

- التدريب على الاسترخاء
- التدريب على تقليل الحساسية التدريجي.

هذان الأسلوبان يستعملانه لمعالجة الاضطرابات الجنسية من ضمن الأساليب السلوكية ولقد أوضحت دراسات عديدة فاعلية تقليل الحساسية التدريجي في إزالة أشكال مختلفة من الاضطرابات مثل الاضطرابات الجنسية

خطوات التدريب على تقليل الحساسية التدريجي

تحديد كل المثيرات الباعثة على القلق وترتيبها في هرم القلق ثم إقران المثيرات التي تبعث على القلق لدى المتعالج بالاستجابة البديلة (الاسترخاء).

ويبدأ بالتخيل من بنود هرم القلق أثناء الاسترخاء وهي المزاوجة.

وفي المراحل الأخيرة في عملية العلاج يطلب من المتعالج.

"مواجهة المثيرات والأحداث بالواقع" وهذا ما يسمى بالمواجهة العلاجية المباشرة **In ViVo Exposure**

أو بالمشاركة الفاعلة **Active Participation**

العلاج السلوكي

إذا سبب الجنس لصاحبه الكرب والانزعاج المستمر ورغب المريض المعالجة نتجه لحو

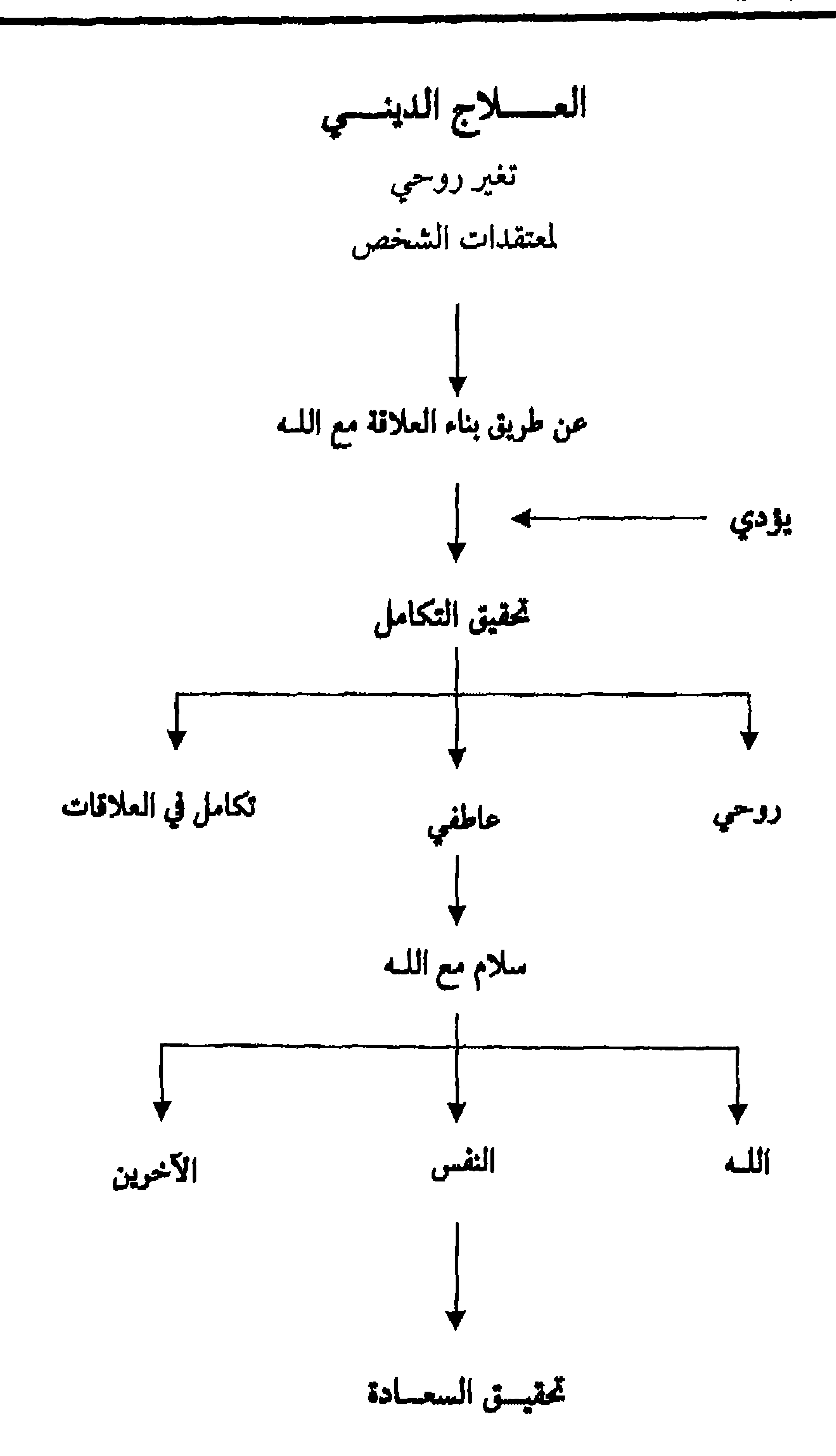
1) زيادة الاثارة الجنسية لحو الجنس الآخر.
2) تأمين الراحة.
3) تعزيز السلوك المعاكس.
4) السعي الى إزالة المخاوف الداخلية الذاتية.
5) تقبل التوجيه الجديد.

العلاج السلوكي: يفيد في العلاج في

1) تقليل الميول الجنسية المثلية
2) تعزيز السلوك المعاكس

العلاج اسهل في حالة الانحراف الثنائي الجنس منها في المثلية الجنسية.

قضية التوجيه والتكيف الجنسي عملية معقدة



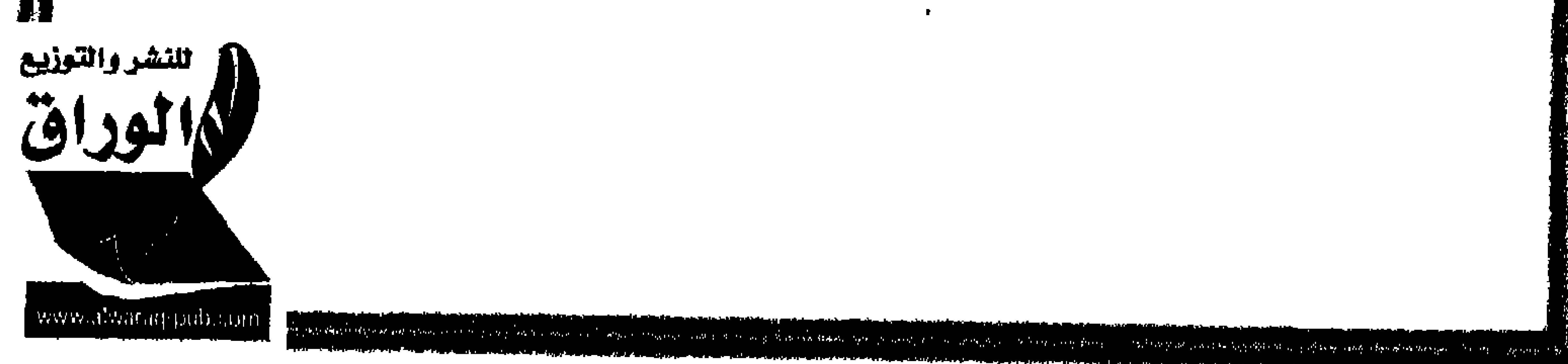
- إرادة الله للجنس ان يحقق التوحد بين الذكر والأنثى في رابطة مقدسة هـي الـزواج حيث يصبح الاثنان جسدا واحدا

"علاقة ارتباط- انتماء، عواطف، محبة، اتحاد، طمأنينة" ومن خلالها فقط يـتم اسـتمرار للجنس البشري.

خلاصة اضطرابات الجنسية المثلية

الاضطراب	الاعراض	العلاج
اضطرابات الجنسية المثلية	اعراض اكتئابية اعراض المرض البدني النفسي المنشأ العزلة النفسية الشعور بالرفض مشاعر الذنب صراع وعدم طمأنينة التفكير بالانتحار كراهية الذات	العلاج النفسي مساعدته على ادراك المكبوتات الطفولية اللاإرادية الموجودة في اللاشعور علاج معرفي تعديل المفاهيم الخاطئة والافكار اللاعقلانية العلاج السلوكي تقليل الحساسية التدريجي توكيد الذات العلاج بالتنفير الاسترخاء مهارات اتخاذ القرار العلاج الانساني المدرسة الانسانية "روجرز" مساعدته على استبصار الذات وصولا الى تقدير الذات العلاج الديني تعزيز الوازع الديني العلاج من خلال التعلم الاجتماعي وتقديم نماذج ايجابية

المجموعة العاشرة
اضطرابات الطعام والوزن



المجموعة العاشرة
اضطرابات الطعام والوزن
البدانة، فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي

- **تعريف**
- **اعراض**
- **امثلة**
- **طرق التعرف عليه**
- **علاجه**
- **خلاصة**

تعريف: يشير تعبير البدانة الزيادة في دهون الجسم وعملية قياس ذلك [الوزن/ الطول2] وهذه المعادلة قد توفر تقديرا جيدا لبدانة الجسم.

وتعد كتلة الجسم التي تزيد عن 25 مؤشرا لزيادة الوزن والتي تزيد عن 30 تشير الى السمنة او البدانة وهناك طرق اخرى عديدة لقياس البدانة من خلال قياس كميات الدهون بالجسم.

حيث تنشأ البدانة بالعادة من افراط في تناول الطعام وعادات الأكل الخاطئة واخطاء في ميكانيزمات الشبع، ونوعية الطعام حيث ان الاستهلاك المرتفع من الدهون يؤدي الى زيادة الوزن، شراهة ونهم في الاكل تؤدي الى البدانة.

اعراض البدانة:

- لا تعد البدانة مشكلة طبية فقط، بل هي مشكلة نفسية واجتماعية وشخصية وتتطلب المعايير الجمالية المثالية في الحضارة العالمية حدا ادنى من دهون الجسم، لذا فينظر الى البدناء على انهم غير جذابون.
- الصورة الجسمية السلبية لدى البدناء
- تقدير للذات متدني لدى البدناء
- عدم الرضى عن الذات
- أمراض وضطرابات بيولوجية

- أمراض السكر
- امراض الشرايين والقلب

- **فقدان الشهية Anorexia**

فقدان الشهية العصبي: حيث ان الخاصية الاساسية في فقدان الشهية العصبي هي شذوذ الوزن وان فقدان الشهية العصبي يتضمن العديد من الاعراض:

- سلوك حاد يؤدي الى فقدان اكبر وملحوظ بالوزن
- خوف غير مبرر من زيادة الوزن
- اضطراب في صورة الجسم
- انقطاع الدورة الشهرية لدى الاناث
- وضع نفسي غير مستقر (قلق، اكتئاب)

- يتطلب الفحص الفسيولوجي لاستبعاد اية امراض او اية حالة طبية تكون مسؤولة عن هذه الاعراض

* الشره العصبي نوبات من النهم الى الطعام وعادة ما يتبعها عملية اعادة التخلص من الطعام اما بوسيلة القيء المتعمد او الافراط في استخدام الملينات. وقد لا يكون الشره العصبي مرتبط بالبدانة فالمريض بالشره العصبي يحاول مجاراة الافكار الحضارية المتعلقة بالنحافة، والتي تؤدي الى تناول قدر كبير من الطعام، مع المحافظة على وزن اقل من المستويات البيولوجية المناسبة من خلال تعلمه لسلوكيات التخلص من كميات الطعام الذي أكلها بواسطة القيء او الملينات لان المريض يعتبر القيء واعادة التخلص من الطعام حلا مؤقتا يمكن استخدامه الى ان ينم اعادة التحكم بوزنه ولكن يحدث ان يتزايد نهم المريض للطعام وتكراره لمرات الاكل وتكرار اللجوء الى القيء وهذا التقيؤ يتضمن عددا من المخاطر الصحية بالاضافة الى انه مصدر للقلق والعار للمريض.

وتقييم مرض الشره العصبي يشبه تقييم مرض فقدان الشهية العصبي: صـورة الجسم، الوزن، الشهية، الطعام، مكونات الطعام وظروف تناوله وجميعها مجالات ذات أهمية في تحديد عدم السواء في الاكل والتحكم فيه.

طرق التعرف على مرض اضطرابات الطعام:

- المقابلة الإكلينيكية الاكثر فائدة في جمع المعلومات
- المقاييس والاختبارات مثل مقياس كوبر الذي صمم لقياس الشره العصبي ويتألف من 62 بنداً وهناك مقياس جارنر لتقييم فقدان الشهية العصبي "اختبار الاتجاهات نحو الطعام"
- السجلات والمذكرات اليومية التي يقوم المريض بالتدوين والرصد فيها.

نموذج السجل تدون فيه الوجبات

التاريخ	الوقت	معدل الجوع	الطعام المستهلك	معدل الشبع	ملاحظات

- الملاحظة ملاحظة المريض وسلوكاته وطريقة حديثه عن الطعام ووصفه للوجبـات التي يتناولها.

طرق علاج اضطرابات الطعام

- **البدانة**

- اساليب العلاج السلوكية للبدانة حيث تهدف هذه البرامج الى الحد من تكرار الاكل وسرعة تناوله من خلال تدريب المريض على اجراءات التحكم بالنفس وتتضمن هذه الاجراءات ادنى درجات التعرض للمنبهات التمييزية للآكل، ومكافأة الآكل عندما يحدث بطريقة معتدلة، وخفض القيمة التعزيزية للطعام
- العلاج المعرفي الذي يركز على تعديل الافكار السلبية حول الذات واعادة تنظيم البناء المعرفي من حيث تزويد هذا البناء بمعارف ومعلومات وافكار حول الأغذية ذات السعرات الحرارية شديدة الانخفاض.
- المزاوجة بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي والتي قد تتضمن:

1. ملاحظة ذاتية للسلوك من خلال السجلات ومراقبة الوزن والأكل
2. تحديد الاهداف العلاجية (خفض الوزن،، الدهون...الخ)
3. تحديد وتعديل المنبهات الفارقة (وجود طعام جيد، تلفزيون، عصائر... الخ).
4. تبديل النمط الغذائي (تبديل نمط التهام الطعام السريع الى الاكل البطيء والهضم الجيد وطول الوقت).
5. خفض مقدار الطاقة المكتسبة (نوعية الغذاء، كمية السعرات... الخ) أي خفض استهلاك السعرات الحراية.
6. زيادة مستويات النشاط (الرياضة وممارستها بانتظام).
7. تحديد المكونات المعرفية الانهزامية (استخدام اساليب تحسين صورة الجسم في البناء المعرفي من خلال التعبيرات السلبية للذات.

- **علاج فقدان الشهية:**

ان مرض فقدان الشهية عادة ما يكون لهم تاريخ مرض ومشاكل حادة مرتبطة بالشذود في تعاطي الطعام تسبب نقصا حادا بالوزن، ويعبر هؤلاء المرضى عن صراعات تدور حول التحكم والسلوك الجنسي. وبعكس المرضى الذين يعانون من البدانة المستبصرين لذواتهم ويدركون ويعلمون انهم بدناء الا ان من يعانون من فقدان الشهية غير مستبصرين لذواتهم ولديهم صور مشوهة عن اجسامهم ويخافون من السمنة و البدانة مما يجعلهم يقاومون أي علاج قد يؤدي الى زيادة الوزن ولذلك لابد من محاولات إغرائهم وحثهم على المشاركة في العلاج.

ان مرض فقدان الشهية ان تركوا دون ترتيبات طبية وعلاج حثيث قد يصلوا لمراحل خطيرة تصل حد الوفاة نتيجة للتعقيدات الخاصة بالجوع الشديد والقيء وسوء استخدام الملينات وان الاجراءات العلاجية تكون على مراحل:

1. جهود حثيثة من الرعاية الطبية لاستعادة الوزن وهذا عادة ما يكون باشراف طبي داخل المستشفى.
2. العلاج النفسي المعرفي يستهدف تعديل الاتجاهات والافكار والمعتقدات السلبية واللاعقلانية أي اعادة تنظيم البناء المعرفي للمريض.
3. العلاج السلوكي المستند الى برامج التعزيز عند اكتساب الوزن او عند حدوث تغير مرغوب به بالزيادة كما يستند الى قوانين وقواعد تطبيق مبادئ المدرسة السلوكية المتمثلة في:

أ- تحديد الخط القاعدي حول الاكل والوزن ورصد ذلك في سجل على امتداد اسبوع.

ب- تحديد الوزن المستهدف في خطة وبرنامج العلاج.

ج- اعتماد وتحديد الوزن الصحي المعياري المعتمد.

د- التعاقد مع المريض يتم فيه الاتفاق مع المريض على الوزن المستهدف وقائمة التعزيزات كاجراء او خطة علاجية وعلى ان تكون قائمة المعززات مما يحبها المريض وتكون جاذبة له وان يساهم في اختيارها وتحديدها.

هـ- تقديم المعززات بعد كل زيادة في الوزن.

و- قياس السلوك بعد كل يوم لقياس الأثر.

4. العلاج السلوكي المعرفي وهو المزاوجة بين الاتجاه المعرفي الذي يركز على تعديل الافكار اللاعقلانية واعادة تنظيم البناء المعرفي وتفسير المفاهيم المشوهة والسلبية الذي يخزنها المريض في بناه المعرفي وبين الاتجاه السلوكي الذي يستند الى اعتماد برامج تعزيزية في زيادة الوزن.

5. العلاج من خلال ما قدمته مدرسة التعلم الاجتماعي (بندورا) وذلك بتقديم النموذج الايجابي والمحبب من خلال افلام الفيديو حيث يقدم للمريض نموذج معياري ايجابي في الوزن من حيث الطول والوزن المثالي والذي حصل عليه من خلال تناوله وجبات متوازنة من الطعام تراعي السعرات الحرارية اللازمة لبناء الجسم السليم.

وعند العرض المتكرر لهذا النموذج امام المريض والذي يراعي التفاعل الاسري الاجتماعي وخاصة ممن لهم علاقة وثيقة من افراد الاسرة بالمريض ويكون دورهم ابداء الاعجاب وامتداح المظهر الجسمي للنموذج وبالتالي فان المساندة الاسرية ضرورية لاحداث التغيير لدى المريض باتجاه زيادة الوزن من خلال:

1. الاشراف على عرض النموذج الايجابي المحبب "شريط فيديو".
2. تقديم المساندة لاحداث التغيير لدى المريض.
3. تعزيز أي تغيير نحو زيادة الوزن لدى مريضهم.

- **علاج الشره العصبي**

اضطراب شائع ومتزايد لدى الاناث المراهقات ويتميز بنوبات من الشره في الاكل وغالبا ما يتبع شره الأكل قيء متعمد او استخدام مفرط للملينات. لماذا؟ وما هي الخصائص المشتركة بين الشره العصبي، وفقدان الشهية؟ من يعانون من فقدان الشهية، الشره العصبي يشتركون في خاصية اساسية وهي كره البدانة او السمنة ويعد الخوف الشديد من زيادة الوزن واضطراب صورة الجسم من الامور المحورية لهذه الاضطرابات.

والفرق التشخيصي بين فقدان الشهية والشره العصبي هو الوزن ففقدان الشهية من اعراضه التشخيصية ان يكون وزن الجسم منخفضاً جداً بينما يكون وزن اكثر مرضى الشره العصبي الذين يبحثون عن المساعدة اقل قليلا من المعتاد وحالات نادرة جدا تكون وزنا زائدا، كما ان مرضى الشره العصبي عادة ما يكونون مدركين وواعين بعدم سواء سلوكهم ((في السعي للقيء المتعمد، استخدام الملينات)) وهم منزعجين من انشغالهم بالطعام وشرههم وهم اكثر ميلا للبحث عن المساعدة من مرض فقدان الشهية، فمرض فقدان الشهية يكون انكارهم للمرض احد العلامات التشخيصية المميزة لهم.

من اهم الأساليب العلاجية للشره العصبي:

1. **العلاج الدوائي** وفي الغالب تستخدم مضادات الاكتئاب + علاج دوائي مضاد للقيء. لان الشره العصبي مرتبط عادة بالخوف الشديد من زيادة الوزن واضطراب صورة الجسم.
2. **العلاج المعرفي** وذلك لتصحيح الأفكار الخاطئة والسلبية واعادة تنظيم البناء المعرفي لدى المريض فقد يساهم المعالج في بناء معرفي سليم لدى المريض من خلال اقناعه بالاكل بطريقة حضارية، طهي الطعام ثم سكبه في وعاء بشكل منظم وتناوله ببطء على المائدة من اجل تفادي الأكل بشراهة وعلى ان يراقب ذاته

ويدون الوجبات التي يتناولها في سجل خاص وطريقة التناول والسعرات الحرارية التي تحتويها كل وجبة.

3. **العلاج السلوكي:**

أ- استعراض برامج صحية من الطعام متنوعة ومتوازنة، وحصر هذه البرامج من قبل المريض من حيث مناسبتها له ومن حيث رغبته بالالتزام بها.

ب- عقد سلوكي يتم تنظيمه بين المعالج والمريض وذلك للالتزام بهذه البرامج.

ج- تقديم المعززات والمدعمات بعد كل انجاز وبعد كل مرحلة من التزام المريض بهذا الاتفاق.

د- تدوين الانجازات في سجل خاص ومتابعة تراكمية للانجازات في السجل.

هـ- قياس الانجاز والتقدم بعد كل مرحلة.

4. المزاوجة بين العلاج الدوائي والعلاج السلوكي.

5. تشجيع المريض على القيام ببعض البرامج الرياضية مثل رياضة المشي السريع، السباحة، الجري، والتي يمكن ان ترتبط دائما بالتحسن في صورة الجسم.

خلاصة اضطرابات الطعام

الاضطراب	الاعراض	اساليب العلاج
البدانة	- الافراط في تناول الطعام - عادات اكل خاطئة - طعام مرتفع الدهون - غذاء غير متوازن - شراهة ونهم - بدانة - عدم رضا عن الذات ألجسم - امراض بيولوجية	- اساليب العلاج السلوكي واستخدام برامج التعزيز - استخدام اساليب العلاج المعرفي المستند الى اعادة تنظيم البناء المعرفي
فقدان الشهية العصبي	- خوف غير مبرر من زيادة الوزن - اضطراب في صورة الجسم - اضطراب بالدورة لدى الاناث - وضع نفسي غير مستقر - اكتئاب	- المزاوجة بين العلاج السلوكي والمعرفي - العلاج بواسطة النموذج تقديم النماذج الايجابية والحببة للمريض للاقتداء بها
الشره العصبي	- تناول قدر كبير من الطعام - التخلص من كميات الطعام التي اكلها - تناول الملينات - استخدام القيء وتزايد نهم المريض للطعام	- العلاجات الدوائية * علاجات دوائية مضادة للقيء. * علاجات مضادة للقلق والاكتئاب

اضطرابات النوم

وتؤثر الكثير من العوامل البيئية في دورة النوم وخصائصها:

(الاضاءة القوية بالغرفة الضوضاء، سماع اصوات، اشارات ذات معنى، انشطة شاقة لصيقة بموعد النوم، امراض مزمنة، الام اسنان، اكتئاب، ضغوط، تناول مشروبات منبهة، جودة الاسرة والفراش... الخ).

- الأرق وهو من اكثر اضطرابات النوم شيوعاً وازعاجاً ووجد ان حوالي 35٪ من الراشدين يعانون من الارق ومن الدلالات والاعراض المشخصة للارق:
  * ارق بداية النوم أي التأخر في الدخول في النوم
  * تكرار الاستيقاظ
  * استيقاظ مبكر
  * قلة الاستمتاع بالنوم
  * الشعور بالتعب بعد النوم
  * معاناة الضعف في الانشطة اليومية
  * قابلية النوم خلال النهار
  * العوامل المؤثرة على الأرق:
  * شرب المنبهات مثل القهوة والشاي
  * استخدام المنومات والاعتماد عليها
  * الاكلات الدسمة قبل النوم
  * القلق المزمن
  * الضوضاء والازعاج في البيئة
  * العمل وطبيعته في المناوبة الصباحية والمسائية
  * المنبهات الحسية مثل الحرارة والرطوبة والبرودة الشديدة والاضاءة
  * مشاكل صحية جسمية مزمنة
  * الحاجة المتكررة للبوال نتيجة لمشاكل صحية

* الاثار الجانبية لادوية الامراض المزمنة
* مشاكل تنفسية (جيوب)
* امراض نفسية (قلق، مخاوف، اكتئاب... الخ)

مقاييس الارق:

- اجهزة رسم المخ: رسم كهربائي لمتغيرات المخ عند تعبير المريض عن الأرق كما يساهم تسجيلات رسام المخ الكهربائي في الكشف عن اضطرابات اختناق النوم والتقلصات الليلية اللاارادية
- الملاحظة ملاحظة جميع مصاحبات الارق التي تظهر على المريض
- السجل اليومي للمريض لتدوين يومياته

السجل اليومي

التاريخ	ساعة اطفاء النور	رصد ساعات النوم البدء	رصد ساعات النوم الاستيقاظ	عدد مرات الاستيقاظ	اجمال ساعات النوم	مدى الرضى 0 - 10	ملاحظات
		من الساعة ( )	حتى الساعة ( )				

- المقابلة الإكلينيكية للمريض ورصد ملاحظاته خلال المقابلة حول مدى رضاه عن نومه وعدد مرات الاستيقاظ واسباب الاستيقاظ، وضعه ونشاطه العام خلال النهار.

علاج اضطرابات النوم:

اولا: العلاج الدوائي المهدئات والادوية المنومة والاكثر شيوعاً هي:

الفلورازبام	**Flurazepam**
ترايزولام	**Triazolam**
الفلونيترازبام	**Flunitrazepam**
التيمازبام	**Temazepam**

ان تأثير سحب العقار متعدد ولذا لابد من الانسحاب من العقار تدريجيا وتحت اشراف طبي فالانسحاب السريع قد يسبب القلق وصعوبة في النوم، والكوابيس، والغثيان والعرق والصداع.

ثانيا: العلاج السلوكي

- التدريب على الاسترخاء العضلي التدريجي (التوتر – الاسترخاء) وهو من افضل الاساليب والذي حقق نتائج جيدة في علاج الأرق.
- التدريب على الاسترخاء في البداية يكون تحت اشراف اخصائي إكلينيكي.
- نقل التدريب الى فراش النوم من قبل المريض الذي يعاني الارق.

ثالثا: برنامج التحكم في المنبه للأرق، ان التحكم في المنبه يخفض من وقت بدء النوم بعكس الاسترخاء.

خصائص برنامج التحكم في منبه الأرق

'برنامج سلوكي معرفي'

الرقم	الواجبات	منبهات الارق
1	تجنب الانشطة المتعارضة مع النوم	الاكل، سماع راديو
2	يجب استخدام حجرة النوم للنوم فقط	لا لمشاهدة التلفاز، لعب شطرنج
3	دخول السرير عند الشعور بالنوم	لا امارس انشطة عند دخول السرير
4	دخول السرير وانا في ملابس النوم 'البيجامة'	لا ادخل السرير في البدلة او الجينز
5	ترك السرير ان لم تمكن من النوم خلال 15 دقيقة	طرد أي منبهات للارق من البناء المعرفي
6	العودة الى السرير عند شعوري بالنعاس	وقف منبهات الارق
7	تعويد نفسي على الاستيقاظ بمنبه في ساعة محددة 'ربط المنبه'	-
8	عدم النوم خلال النهار لتوفير حاجة النوم	-
9	تعويد الذات على ساعة محددة للذهاب الى الفراش	-
10	خفض الاضاءة الى ادنى درجة والتعود على الدرجة الدنيا من الاضاءة ولون واحد من الاضاءة	عدم التلاعب بدرجات الاضاءة، او ماهية الاضاءة، اضاءة صفراء، اضاءة بيضاء، اضاءة حمراء، اضاءة زرقاء.

رابعا: العلاج المعرفي تعويد وتنظيم البناء المعرفي على تعليمات محددة قبل النوم:

1. استلقاء على السرير + خفض الانارة
2. استرخاء ذهني بالخيال
3. اعطاء تعليمات للبناء المعرفي لوقف التفكير باي من مشتتات النوم
4. مساعدة الذات من خلال استخدام تعليمات مسجلة في البداية على شريط علاج الأرق (لبدء النوم ومواصلة النوم)

5.تعويد البناء المعرفي وتنظيمه على الذهاب الى السرير في ساعة محددة والاستيقاظ في ساعة محددة

خامساً: المزاوجة بين العلاج السلوكي والمعرفي

خلاصة اضطرابات النوم

الاضطراب	الاعراض	اساليب العلاج
اضطرابات النوم	- ارق - استيقاظ مبكر - قلة الاستمتاع بالنوم - مشاعر التعب - الضعف العام - النوم خلال النهار	1. العلاج الدوائي - الفلورازبام - ترايزولام - الفلونيترازبام - التيمازبام 2. العلاج السلوكي - التدريب على الاسترخاء - التحكم في المنبه 3. أسلوب العلاج المعرفي - تنظيم البناء المعرفي 4. المزاوجة بين العلاج السلوكي والمعرفي

المجموعة الحادية عشر
اضطرابات الامراض
المزمنة



مقدمة:

تعتبر اضطرابات الامراض المزمنة اكبر التحديات الاكثر صعوبة التي تواجه المهنيين في مجال الرعاية الصحية. فبينما تستجيب الكثير من نوبات الالم الحاد للتدخلات الطبية وتحالفها النجاح لدى الكثير من المرضى. الا ان الالم قد يصبح مزمنا وغير مستجيب لأية وسيلة من وسائل وطرق العلاج. ومع مقاومة حالة الالم يصبح المرضى يائسين وفاقدين الامل بالشفاء. وهو الامر الذي يؤدي الى زيادة كبيرة في مخاطر التعقيدات الطبية المنشأ. ولا يمكن تقدير كلفة الالم المزمن من منظور معاناة المرضى فقط بل من منظور العوامل الاجتماعية والاقتصادية ايضاً.

الامراض المزمنة وطرق التكيف معها:

الأمراض المزمنة تعود الى الحالات التي تتصف بما يلي: الحالة التي تتضمن بعض العجز نتيجة لوجود بعض التغيرات المرضية الغير قابلة لاستعادة الوضع كما كان في السابق، ويتطلب هذا الظرف التدريب والدافعية من قبل المريض للعناية بنفسه، الأمراض المزمنة قد تتضمن جميع المشاكل التي يتضمنها المرض الحاد (Acute Illness) بل تجلب مشاكل خاصة بها ايضا، بداية ظهور المرض المزمن قد تكون فجائية او تكون ظهرت بشكل تدريجي، ان الصفة الرئيسية التي يشترك فيها جميع الأمراض المزمنة هي عدم القدرة للعودة الى الحالة الصحية كما كانت في السابق.

بالرغم من أن بعض المسنين هم من أصحاب الأمراض المزمنة الا ان هذا لا يعني ان المرض المزمن هو من مشاكل الشيخوخة، فكثير من هذه الامراض تصيب أشخاص بعمر 45 سنة وقد تصيب الاطفال.

عند التفكير بمشاكل شخص مصاب بالسرطان او بالشلل يتوارد في خاطرنا الآلام والأضرار الجسيمة التي تصيبه، بالرغم ان من أهم المشاكل التي تواجه الشخص المصاب بالمرض المزمن تدور حول العلاقات مع الآخرين.

هناك بعض المفاهيم النفسية والاجتماعية والانفعالية تتعلق بأصحاب الأمراض المزمنة والتي تتضمن ما يلي:

1. ازمات المرض وتشمل الازمة الاولية والمهام المطلوبة من المريض كي يتكيف مع المرض وتضم ايضا المشاكل التي يتعرض اليها.
2. عملية التكيف مع المرض المزمن وتشمل الوسائل والطرق التي يستخدمها المريض للتكيف في مرضه بالاضافة الى العوامل التي تؤثر في عملية التكيف.
3. الدعم الاجتماعي وأهميته.

الأزمة الأولية Initial Crisis

تمثل هذه المرحلة عدم التأكد من خطورة الوضع والقلق حول علاقات الشخص المريض مع الاخرين، وحول دورة في الحياة كزوج او اب او موظف ومدى قدرته على المشاركة في الأنشطة والتغيرات التي ستحدث في اسلوب حياته واتباعه لنظام علاجي معين، كل هذا سيشكل الأزمة الأولية لأصحاب الأمراض المزمنة، حيث سيضطر هذا المريض الى تغيير الكثير من استجاباته وسلوكاته كي تنسجم مع الوضع الجديد الذي يعتبر أزمة وسيسبب القلق والخوف والاكتئاب لهذا المريض.

المهام الرئيسية للتكيف (Major Tasks Of Adaptation)

اقترح كلا من رودلف موس وفيفيان تسو (**Rudolf Moos & VivienTsu)** سبع مهام للتكيف مع المرض المزمن بعضها له علاقة بالمشاكل الجسمية والبعض الاخر يتعلق بالعلاقات بين الاشخاص، وهي ما يلي:

1. التكيف مع الشدة والعجز الجسمي الذي يسببه المرض ويشمل الالام والضعف وفقدان السيطرة.
2. التعرض الى التكنولوجيا الطبية، فعلى المريض ان يجري العديد من الفحوصات والعمليات الطبية.
3. المحافظة على التواصل المناسب مع القائمين على الرعاية الصحية من اطباء وممرضين.

4. المحافظة على التوازن الانفعالي، حيث نجد هذا المريض بحاجة الى السيطرة على المشاعر المزعجة التي تحدث نتيجة هذا المرض كالشعور بالذنب او القلق او مشاعر الاحباط.
5. المحافظة على صورة مقبولة للذات والاحساس بالسيادة والسيطرة. حيث ان التغيرات التي تحدث في الوظائف والمظاهر الجسمية يجب ان تندمج مع الصورة الجديدة للذات.
6. المحافظة على العلاقات مع المحيط الاجتماعي الخاص به، حيث يشعر المريض بالعزلة والغربة عن الاخرين.
7. التحضير لمستقبل غير معروف، حيث يجب ان يكون مستعد للتكيف مع الوضع الجديد الذي قد يتطلب منه فقدان بعض الوظائف الجسمية المعينة.

مشاكل خاصة بالامراض المزمنة

بعد مرور الاشهر الاولى من الأزمه الاولية، يواجه اصحاب الامراض المزمنة العديد من التحديات يوميا، وقد صنفها كل من (بيجل، سالز، شولز 1991، كروج، ليفين 1982، ميشيك 1987) كما يلي:

1. منع والسيطرة على الازمات الطبية، ان ظروف المريض يجب ان تكون تحت المراقبة والسيطرة فمريض السكري يجب ان يبقى محافظا ومسيطرا على الانسولين والا فهو معرض للغيبوبة. وكذلك مريض الصرع عليه ان يرتدي سلسلة يكتب عليها اسمه وعنوانه وذلك تحسبا لغيابه عن الوعي.
2. الحاجة لتدبير امر الحمية العلاجية والتي تستمر لفترة طويلة وليس مؤقتة، وقد تؤثر على تصرفاته ونشاطاته وقد تتسبب له بالعزلة الاجتماعية.
3. السيطرة على الاعراض وإخفاءها عن الأصدقاء والمعارف، فهم لا يرغبون في الشرح للآخرين عن الظروف الطبية المناسبة لهم كي لا يزعجوا المستمعين اليهم، فالمصاب بالازمة لا يستطيع ان يطلب من أصدقاءه ان ينظفوا المنزل من الغبار اذا اراد زيارتهم فقد يلتزم الصمت وينعزل ولا يذهب لزيارتهم.

4. تدبير العلاقات الاجتماعية بدون معرفة كم من الوقت تبقى له؟؟، فمريض السرطان يعتبر ميت اجتماعيا (Socially Dead) قبل موته البيولوجي الحقيقي وذلك لاعتقاد الآخرين بان وقت الموت قد اقترب.

في النهاية نجد بان العزل الاجتماعي هو المشكلة الرئيسية التي تواجه صاحب المرض المزمن، فالمريض لا يستطيع المحافظة على علاقاته نتيجة التناقض في طاقته المحدودية في تحركاته والتاخر في تواصله وقدرته بالسيطرة على أعراض مرضه. كما ان البعض ينعزل عن أصدقائه وذلك ليخفي اعراض مرضه عنهم فلا يرى بعينيهم الشفقة. **(Friedmen, Howard. S. Health Psychology, 2002)**

التكيف مع المرض المزمن Coping With Chronic Illness

ينظر عادة الى الأمراض الخطيرة من منظورين أحدهما هو المنظور المظلم **(Gloomy Perspective)**

(Pollyana approach) الذي يبعث بالتفاؤل ويتمثل بإنكار الشخص للصدمة الواقعية وكلا الاتجاهين يشوه ويخفي واقعية وجدية المرض.

إن الاتجاه الأول يرى وينظر إلى المريض بأنه فاشل فهو المريض الذي قد لا يستجيب إلى معجزة الأدوية الحديثة وتأخر النجاح والشفاء ينظر إليه بانه خطأ يقع على المريض، إن هذا اللوم للمريض يشكل إساءة نفسية للمريض، فعبارة (توقف عن الشكوى) أو "يجب عليك أن تتكيف" تعتبر – عقوبة – له فكلمة التكيف تعني له الاستقالة والاستسلام دون الحق بممارسة العواطف والرغبات أو البغض والآمال القاسية، كل هذا الغضب واللوم المتأصل في هذا الاتجاه يضلل المريض بدلاً من أن يصبح المرض هو الهدف الذي يسعى لعلاجه.

الاتجاه المضيء فهو مليء بالقصص والبيانات لاشخاص قد شفوا تماماً من أمراض مزمنة أو ظروف عاجزة، إن هذه القصص تجعل هذا المريض يعيش في عالم الخيال وتجعله يصنع آمال غير واقعية إن هذه القصص تؤدي دوراً ولكنها تحفظ في أسفلها مشاعر الحزن وعدم القيمة، والتي تكون جزء من الصدمة الإنفعالية، أحياناً

يكون من المفيد في الظروف الاجتماعية أن ينظر المريض من الجانب المضيء عندما يتعرف على اشخاص جدد فذلك يجعل الآخرين يشعرون بانه مسيطر على الوضع لكن الخطورة في هذا التصور المضيء بانه قد يخسر المساعدة التي كان سيقدمها له الأصدقاء.

ردود الفعل اتجاه المرض Actions To Illness

قد تختلف ردود الفعل اتجاه المرض، فالمشاعر قد تتراوح ما بين الصدمة وبين الشفاء والباقي يكون بينهم، حتى لو كانت الاعراض قد ظهرت منذ وقت طويل إلا ان تشخيص المرض هو أمر مزعج وقد تظهر الاعراض بالشكل التالي:

1. الصدمة **Shock**

يحدث هذا عندما يشخص المرض بعد ظهور الأعراض فهي أول رده فعل تدل على عدم مقدرته على التكهن بما يحصل وما سيحدث لاحقاً.

2. الإنكار **Denial**

وهي رفض وعدم قبول هذا التشخيص، فيكون بحاجة إلى إعادة جمع قواه وقد يحتاج إلى وقت لذلك، فهو غير متقبل لفكرة عدم مقدرته للعودة لما كان عليه في السابق.

3. الحيرة **Confusion**

حيث لا يعلم ماذا سيفعل هل سيذهب إلى طبيب لجمع المعلومات أكثر أو ليتأكد من التشخيص؟ وهل سيعطيه الطبيب الوقت الكافي؟

4. الخوف **Fear**

وهي مشاعر التي تظهر على شكل قلق بشأن المستقبل وما سيتعرض إليه من أدوية ومعالجات وقد تنتهي بالإكتئاب.

5. الاجتناب **Avoidance**

البعض يتجنب التفكير بالمرض ولفترة وهذا طبيعي وصحي، فلا يفكر بالمرض إلا عندما يذهب للمعالجة.

6. الغضب Anger

هذه المشاعر قد تفقده السيطرة على نفسه وردود فعله وقد تجعله يشكك في وجود الإله ولماذا عليه أن يعاني؟

7. الحزن Grief

قد يلجأ للبكاء والعزلة عن الآخرين فيفقد الرغبة في الحياة.

8. الشعور بالذنب Guilt

ويكون هذا الشعور عندما يكون هذا المرض متوارث وسيشعر صاحب هذا المرض بانه سيورثه لأبناءه

(Patient Information Publication, Coping With Illness)

هذا تقسيم آخر لوسائل وطرق التكيف والتي تعتبر كوسائل دفاعية يستخدمها المريض للتكيف مع المرض وقد تكون هذه الوسائل ايجابية أو سلبية، من هذه الوسائل ما يلي:

1. الانكار او التقليل من خطورة الأزمة الطبية وهذه الوسيلة هي طبيعة ولكن يجب أن لا تأخذ الوقت الطويل حيث على المريض إتباع تعليمات خاصة بعلاجه.
2. البحث عن المعلومات، هي الوسيلة التي قد يستخدمها المريض الذي يشعر بعدم الفائدة وبالتالي يشعر بالسيطرة على الوضع إلاّ أن هذه الوسيلة اذا كانت فائضة عن الحد المعقول، فقد تثير مشاكل مع القائمين على الرعاية الصحية لهذا المريض.
3. البحث عن الطمأنينة من الآخرين، خاصة من الأهل والأصدقاء والفريق الطبي. فهو بحاجة إلى الدعم العاطفي.
4. وضع أهداف ثابتة ومحدودة وذلك اذا كان له عمل مسؤول عنه أو أسره يتولى رعايتها وهذه الطريقة تجعله يتغلب على المشكلة الرئيسية بتقسيمها إلى اجزاء حسب الاولوية.

5. التدريب والتمرين للاستعداد لمستقبل جديد غير معروف وايجاد بدائل للتكيف مع المشاكل الجديدة المترتبة على تطور المرض، هناك طريقة للتكيف يستخدمها مرضى السرطان وتتمثل في الاسترخاء واحضار صورة ذهنية لمرض السرطان في جسمهم وكيفية استجابة جسمهم لهذا المرض وتسمى هذه الطريقة التصور (Visualization) ويأمل الأطباء بان هذه الطريقة لها دور في تحريك المناعة الطبيعية في الجسم ضد انتشار المرض.
6. الوسيلة الأخيرة التي قد يتكيف بها المريض هي البحث عن معنى ايجابي لهذا المرض فقد يتقرب إلى الله أو يجد المرض بانه قد تقرب أكثر بأصدقاءه وأهله وشعر بانه محبوب وبأنه ذو قيمة وأهمية للآخرين. (**Frieduan, Howard.S, (Health Psychology, 2002**

من أهم الدراسات التي أجريت على عملية الاحتضار هي الدراسة التي قامت بها الطبيبة النفسية كوبلرروس (**Ross - Kobler**) في عام 1969 والتي طبقتها على 200 مريض أصيب بمرض نهائي **Terminal Illness** ووصفت ردود الفعل التي أصيبوا بها حيث وجدت مقاومة شخصية عند الحديث معهم عن الموت وصنفت المراحل التي مر بها هؤلاء المرضى كالتالي: الانكار، الغضب، المساومة، الإكتئاب ثم القبول.

كيف تتكيف Wow To Cope

الطريقة التي يتكيف فيها الانسان لها علاقة بالطريقة التي يستخدمها عند معالجة الأزمات ويتعامل معها كلما ازداده قوة، فعند التعامل مع مرض مزمن قد يشعر الانسان بقوة لم يشعر بها من قبل، فإذا اغلق هذا المرض باب في حياتك فهذا الباب قد يفتح ابواب اخرى.

القبول Acceptance

وجود مرض مزمن هو أمر عاطفي وانفعالي يثير مشاعر الحزن والخوف ولكن الانسان لا يستطيع أن يقف في مكانه فالمشاعر هي مبررة ولكن يجب ان يخطو الانسان خطوة قد تكون مفيدة.

تولي السيطرة Taking Control

المرض المزمن قد يتطلب رفع اليد عن بعض الاجزاء في الحياة، وهذا يجعل من الطبيعي ان يشعر المريض بمشاعر الغضب، بسبب فقدان السيطرة الذاتية (Self Mastery) ولكن من السهل ان تجد طرق جديدة منها:

السيطرة من خلال المعرفة Control Through Knowledge

يجب أن يسئل المريض نفسه ما الذي سيساعدني على تخطي هذه المحنة؟ عليه ان يبحث عن معلومات من مصادر مختلفة تساعده على ايجاد الأمل وعلى ايجاد العلاج المناسب والمساعدة المناسبة فيتعرف على أخر ما توصل اليه بشأن هذا المرض، وما المطلوب منه لكي يقاوم هذا المرض؟

السيطرة من خلال التخطيط Control Through Planning

أن يحاول التحطيط لحاجاته وحسب أولوياتها فهو الذي يقرر ذلك، وهو الوحيد الذي سيخطط لتحقيق امنيته.

السيطرة من خلال التفكير الايجابي Control Through Positive Thinking

استخدام نظرية (لاشيء يبقى للأبد)، سأتخطى الأمر، يوماً ما سأتخلص من هذا المرض وإن لم يكن الآن.

السيطرة خلال حل المشكلة Control Through Problem Solving

حول السلبي إلى ايجابي، فإذا قيل لك انك ستفقد سمعك كنتيجة للعلاج تذكر بأن هناك مساعدات سمع Hearing Aids قد تحل مشكلة السمع.

الاستفادة من التواصل مع الآخرين Benefiting From Contact With Others

التعاون مع الفريق العلاجي، فإذا طلب منك بعض التحاليل أو أجراء بعض العمليات تعاون معهم فهم لن يسحبوا منك الدم فقط لرغبتهم في عمل ذلك، بل لمساعدتك و لإيجاد إجابات لأسئلتك.

تعميق العلاقات الإنسانية Deeping Personal Relationships

إن العلاقات مع الآخرين مهمة جداً في حالة المرض فمنها تستمد القوة وبإهتمامهم وحبهم وعطفهم تجد بانك مهم لهم وهذا يعطيك القوة لمكافحة مرضك.

شبكة الدعم Support Works

ويشتمل هذا جماعات الدعم والدعم المعلوماتي

(Publication : Coping With Illness – Patient Information)

البحث عن الدعم Finding Support

هناك العديد من مصادر الدعم، فالدعم قد يأتي من الأهل، الاصدقاء، الفريق العلاجي، الجماعات الداعمه، وأماكن وبرامج الدعم فما عليك إلا أن تسأل المساعده.

برامج وجماعات الدعم Support Programs And Groups

هناك بعض الجماعات الرسمية وغير الرسمية، فالرسمية هي التي تسعى للتعليم وكيفية التعامل مع المرض والمشاعر أما الغير الرسمية فهي تسعى للدعم الاجتماعي، الفريق العلاجي يتكون من اخصائي اجتماعي، وممرض أو ممرضة ومهنيين مرخصين كأطباء أو أخصائيين نفسيين وهناك أيضاً مسهل لعملية الدعم مدرب يعمل على قيادة هذه الجماعة التي ستعطي الدعم لهذا المريض من خلال برامج قصيرة أو طويلة المدى والتي قد تكون من خلال اجتماعات مع جماعات أو قد تكون من خلال الدعم الفردي في حالة عدم رغبة المريض للتعامل مع الجماعة. هناك برامج اخرى للدعم من خلال شبكات الانترنت فيستطيع المريض ان يأخذ معلومات وإجابات عن اسئلة تخص مرضه من خلال الاتصال بشبكات معينة يجيب على اسئلته

أخصائيين في هذا المجال. فهنـاك العديـد مـن المؤسـسات والمنظمـات الداعمـة لهـؤلاء المرضى وماعليك إلا ان تعرف عنوان الشبكة، كما انه لا ينصح تبادل الحـديث Chat مع مرضى آخرين للإجابة على اسئلة تخص مرضك حيث أن المصدر الذي تتبادل معه الحديث سيعطيك معلومات لا يجب أن يثق بها فهو غير مختص وحالته قد تختلف عن حالتك. فهؤلاء الذين يفضلون الخـصوصية وعـدم الاعـلان عـن هـويتهم علـيهم ان يكونوا حريصين في اتصالاتهم وعليهم أن ينتقوا المصدر المناسب.

جماعات الاعتماد على النفس Self Help Groups

وهذه الجماعات تدار بغير المهنيين بل باشخاص قد مروا بنفس الوضع، هـؤلاء الاشخاص قد يعطونك طريقة فعالة للتغلب على شـعور معـين، فلمرضـى يـشعرون بالراحة أكثر عند التعامل مع مرضى آخرين ويعبرون عـن مـشاعرهم بطريقـة افـضل دون وجود أهلهم، كما أن اهالي هـؤلاء المرضـى قـد يرتـاحون بالتعامـل مـع اهـالي المرضى الآخرين ويستفيدون من خبراتهم.

الدين Religion

الدين هو مصدر قوة إن تشخيص المرض يعني مصير وقـدر جديـد، هنـاك مـن لجده قوي عند هذا التشخيص إذ يتجه للدين ليـستمد قوتـه منـه ويقـوي ايمانـه بربـه، فيبحث عن الأمل والدعم من خلال ايمانه اما هـؤلاء ذوي الايمـان الـضعيف بالـدين فهم بحاجة إلى أن يتجهوا إلى اشخاص مختـصين يعطـوهم هـذا الـدعم المعنـوي لكـي يستطيعوا ان يتغلبوا على هذه المحنة. (Http/ Www, Finding Support, Acs, Inc)

هناك العديـد مـن المنظمـات الأهليـة الـتي أسـست كنتيجـة لإصـرار المرضـى وحزمهم لجمع المعلومات والبحث عن الدعم، حيث إن الاخصائيين دائماً يقتـصدون في اعطاء المعلومات فهم يقرّون الكم من المعلومات التي تعطي، ويسبب حاجة المرضى للدعم وللمشاركة في المعلومات والمشاعر فهناك نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى تجـدهم يشاركون في هذه المنظمات ليقدموا لغيرهم الدعم الاجتماعي.

(Fredmen, Howard. S. Health, Psychology, 2002)

بعض المهارات الايجابية المطلوبة للتكيف مع المرض يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. اجعل توقعاتك واقعية **Make Your Expectation Realistic**
2. عالج المشاكل بفعالية **Apporoach Problems Actively**
3. ابحث عن المساعدة المناسبة **Seek Appropriate Help**
4. تحكم بغضبك **Handle Your Anger**
5. شارك بالأنشطة **Participate**
6. عيش في الحاضر **Live In Present**
7. قدر وثمن الأوقات الجيدة **Cherish The Good Times**

(Http/Www.Alpinegild.Com / Coping With %20 Chronic Illness . Html)

في عام 1979 قامت الجمعية الأمريكية للسرطان بإجراء مسح للتعرف على الحاجات الاجتماعية النفسية لعينه بلغت 1000 مريضاً من مرضى السرطان وعلى أهاليهم، وذلك من خلال مقابلتهم لمدة 3 سنوات، وتوصلت بأن أكثر الأوقات تشكل توتراً وضغطاً على المريض، هي بعد التشخيص مباشرة وفترة دخول المستشفى لمباشرة العلاج، وهناك عدد من المرضى صنف فترة الخروج من المستشفى أكثرها توتراً لما سيواجه هذا المريض من تغير في علاقاته الاجتماعية، بالرغم أن المعظم يعتقد بان مرضى السرطان يعانون من مشكلة الآلام المصاحبة للمرض بالدرجة الأولى لكن الحقيقة هي ان ما يواجهه هذا المريض من تعطيل اجتماعي **Social Disruption** له عبء كبير.

إن التغيرات الجسمية التي تحدث لمريض السرطان كالتغير في المظهر الخارجي يؤثر على مفهوم الشخص وتقديره لذاته، ففقدان الجاذبية والتغير في المظهر سيجعل الآخرين ينظرون اليه نظرة أخرى فيها شفقة، وهذا الموضوع ليس سهلاً وسيشكل عبء كبير على المريض، هناك دراسة اجرتها الاخصائية النفسية كريستين شيتر **Christine Schetter** حول الدعم الاجتماعي الذي تلقوه نساء مصابات بسرطان الثدي وكانوا في منتصف العمر، وقد تمت مقابلتهم بعد سنة من التشخيص سئلوا فيها

عن أكثر الأمور التي كان له دور في دعمهم وتحسين نفسيتهم، ذكر المعظم دور الدعم العاطفي الذي تلقوه ممن يحبون من زوج وأهل واصدقاء كما ذكروا اهمية الدعم المعلوماتي الذي قدم من قبل المختصين ودور هذا الدعم اذا اقترن بدعم عاطفي أما بالنسبة لدعم الاقرباء والاصدقاء بالمعلومات فلم يكن ذو أهمية.

يمكن تلخيص المشاعر بعد تشخيص مرض السرطان بانها تبدأ بالصدمة، عدم التصديق (انكار)، خوف، قلق، ذنب، حزن، إكتئاب، وغضب، كل انسان ممكن أن يشعر بهذه المشاعر وكل انسان يتعامل مع هذه المشاعر بطريقة تختلف عن الآخر.

إن من السهل ان تواجه حقيقة الأمر الجديد أو المخيف اذا عرفت عنه الكثير وجمعت عنه المعلومات التي تساعدك لمكافحته، فكن معلم ومحام نفسك، **Be Your Own Advocate**، لكي نتعامل مع هذه المشاعر قم بما يلي:

- اسئل عن الدعم من الأهل.
- ابحث عن الدعم الروحي والمعنوي.
- اهتم وأنتبه لاحتياجاتك.
- ابحث عن الطريقة المناسبة لتعبر عن نفسك.
- اسمح لنفسك بالوقت والمكان الخاص بك.
- تمشي ومارس الرياضة.
- ابحث عن ماذا ساعد المرضى الآخرين وأهليهم لكي يتكيفوا مع السرطان.
- غير في مترلك بحيث يصبح بيئة مناسبة وصحية لوضعك الجديد.

هذه النصيحة قدمتها ديلور وهي إحدى المتعافين من مرض السرطان **Delores, Cancer Survivor**

وفي احدى كتابات ديلور التي تعتبر دعم لغيرها من المرضى تقول: "بان السرطان قد يجد لك طريقة جديدة في حياتك فهذا المرض أحدث تغير في حياتي وقد قربني اكثر من زوجي".

من الطبيعي لمرضى السرطان أن يشعروا بالانسحاب والابتعاد عن شريكهم خاصة عندما تبدأ التغيرات تظهر في جسمهم وتتأثر بذلك صورتهم لنفسهم، فيشعروا بفقدان الجاذبية وقد تتأثر القدرة الجنسية بذلك، فهم بحاجة لدعم شركاءهم، لكي يشعروا بانهم لا زالوا مرغوبين وجذابين.

(Http/Www The Emotional Impact Of Acancer Diagnosis Acsiine)

ففي دراسة ألمانية واسعة النطاق اثبتت أن العلاج النفسي والدعم المعنوي للمرضى واتباع اساليب العلاج الخلاقة المناسبة لكل مريض تبعاً لشخصيته ووضعه لاسيما الاحاديث العديدة التي اجراها الاطباء النفسانيون مع المرضى بشأن المرض والمشاكل التي ترافقه قد أدت إلى تحسين الوضع النفسي الذاتي وحسب بل إلى تحسين حالة المريض الجسدية ايضاً وجعلت العلاجات التقليدية للمرض اكثر فعالية. واتضحت هذه النتائج من خلال تحسن نوعية حياة المرضى خلال العلاجات وبعدها، كما اكدت الدكتورة إريمغارد بوميدير أحدى المساهمات في الدراسة الكبيرة: "إن اخصائي الامراض النفسية الناجمة عن الاصابة بالسرطان يتبعون كافة اساليب العلاج النفسي المتوفرة ولكن يجب اختيار الطريقة المناسبة لكل مريض تبعاً لطبائعه وحالته ودرجة مرضه أي يجب تفصيلها على مقاسه تماماً إن صح التعبير، كما نستخدم اساليب التمرين على الارتخاء العصبي والعضلي والموسيقي، ولا يتعين بالضرورة اتباع اساليب العلاج النفسي طويله الأمد لابل الاساليب المتعلقة بحل مشاكل سريعة أو مستجده تصيب كل مريض على حده".

Http: Www.2.Dw World. De/Arabic/Wissenschaft/1073371.1html

من يتكيف افضل؟ وما نوع الشخصية التي لها بقاء أفضل؟

حدد مجموعة من العلماء منهم كوهين، ولازاروس، فيلتون، ريفنسون، فولكمان، وباكنهام بعض العناصر التي ساعدت المرضى على التكيف مع المرض المزمن منها:

1. المستوى العالي من الذكاء والتطور المعرفي حيث يعطيه القدرة على البحث عن المعلومات واستخدامها.
2. التقدير العالي للذات وقوة الآنا.
3. صفات المرض، نوعه، اعراضه، ومواقع الاصابة.

اما بالنسبة لنوع الشخصية التي تساعد في بقاء افضل وأطول فهناك دراستين تعطي إجابة لهذا السؤال

1. دراسة قامت بها ساندرا ليفي **Sandra Levy** على عينة يبلغ عددها 36 إمرأة ممن عاد لهم السرطان بعد اصابتهم بسرطان الثدي، فوجدت الدراسة بان هؤلاء اللواتي يتصفن بالتفكير الايجابي والاتجاه المبتهج الفرح، المسرور والسعيد كان لهم بقاء افضل واطول من اللواتي لهن اتجاه سلبي فيتصفون بالحزن وعدم التفاؤل وعدم القيمة واليأس كانوا أقل حظاً ولم يطل بقاءهم مقارنة بالمجموعة السابقة.
2. دراسة قامت بها كيث بيتنجال **Keith Pettingale** على عينة بلغت 57 إمرأة كانوا في بداية تشخيصهم لسرطان الثدي وكان من المتوقع لهم ان يستمروا في الحياة لفترة تقارب 5 سنوات فمنهم من كان يتمتع بروح المقاومة ومجموعة اخرى اتصفت بالإنكار والأخرى اتصفت بالمجموعة المتقبلة أما المجموعة الأخيرة وهي المجموعة التي تشعر بالعجز واليأس. بعد 10 سنوات وجد ما يلي:

   70٪ من المجموعة التي اتصفت بروح المقاومة كانت ما زالت حية.

   50٪ من المجموعة التي اتصفت بالإنكار كانت ما زالت حية.

   25٪ من المجموعة التي اتصفت بالتقبل الرزين ما زالت حية.

   20٪ من المجموعة التي اتصفت بالعجز واليأس ما زالت حية.

وقد أكدت الدراسة على ان هذه المجموعات الأربعة لا تختلف عن بعضها من ناحية بيولوجية فهم جميعاً يتصفون بالمراحل والدرجات الاكلينيكية المتشابهة وبان الاختلاف بينهم فقط في مقاومتهم للمرض التي كان لها علاقة بالعوامل النفسية.

ما هي الأدلة على ان العلاج النفسي يستطيع أن يحسن اليفاء أويقلل من احتمالية الموت؟

هناك ثلاثة دراسات تبين أن تدخل العلاج النفسي له دور في بقاء المريض ومقاومته للمرض:

1. **فوازي، فوازي Fawzy Fawzy** الذي أجري دراسته على عينة بلغ عددها 61 من مرضى السرطان (ميلانو) لفترة دامت 6 أشهر كان منهم 28 ذكور و33 انثى وزعوا عشوائياً في مجموعتين، عينة الدراسة بلغت 35 مريض وعينة ضابطة وبلغت 26 مريضاً، اعطيت عينة الدراسة برنامج تدخل سيكولوجي منظم لفترة ما بين 1 – 1,5 في الاسبوع ولمدة ست اسابيع، تم قياس التغيرات التي حدثت للمجموعة التي طبق عليها البرنامج وقد ظهرت النتائج التالية:
   - انخفاض في درجة التوتر والضغط النفسي.
   - استخدام أفضل لمهارات التكيف.
   - ازدياد واضح في نسبة الكريات اللمفاوية الكبيرة (LGLs)
   - ازدياد واضح في نسبة الخلايا الطبيعية القاتلة (NKs)

فالعلاج النفسي لم يحسن فقط نفسية المريض لكي يستطيع ان يتكيف مع المرض فحسب بل كان له الأثر في تقوية المناعة عند المريض.

2. **ديفيد سبيجل David Spiegel** اجري دراسته على أثر التدخل الاجتماعي النفسي على البقاء عند مرضى السرطان، وقد طبق هذه الدراسة على عينة تكونت من 86 مريض من مرضى المصابين بدرجة متقدمة من سرطان الثدي وزعوا هؤلاء المرضى عشوائياً في مجموعتين المجموعة التجريبية وتكونت من 50 أما المجموعة الضابطة فقد تكونت من 36 تلقت هاتين المجموعتين نفس العلاج الطبي وطبق على المجموعة التجريبية برنامج علاج جماعة الدعم والتنويم المغناطيسي الشخصي للألم ولمدة دامت سنة واحدة.

كان الهدف من هذه الدراسة هي التقليل درجة القلق والخوف والألم المصاحب لهذا المرض وكانت النتيجة لهذا البرنامج مفاجئة ولم يتوقعها سبيجل الذي كان يضجر من سماع الادعاءات التي بان التفكير الايجابي يساعد في السيطرة على انتشار السرطان. كانت نتيجة تطبيق برنامجه بان المجموعة التجريبية التي طبقت البرنامج أنها بقيت لمدة تقارب 37 شهراً في حين ان المجموعة الضابطة لم تبقى إلا لمدة 19 شهراً.

3. الدراسة الثالثة لتوضيح فاعلية العلاج الجمعي او العلاج الجمعي السلوكي في علاج مرض السرطان والتي أجريت من قبل كل هانز أيزنك **Hanx.J.Eysenck** وجرو شارت ما نيسيك **R.Grossarth Maticek**.

قسم المرضى الذين يعانون من توتر إلى مجموعتين حسب الجنس والعمر، التدخين، معدل الكولسترول، ضغط الدم، ونوع الشخصية، **Type C, Cancer Prone** و **Type A, Chd Prone** ووزعوا عشوائياً وطبقت الدراسة على مجموعة تجريبية والأخرى كانت مجموعة ضابطة وقد أجريت 6 دراسات لمعرفة اثر كل مما يلي على استمرارية وتحسين بقاء المريض كأثر العلاج الفردي، العلاج الجمعي، العلاج الديني، العلاج السلوكي المصاحب للعلاج الكيميائي. بالرغم ان المشاركين في هذه الدراسة كان عددهم قليل إلا أن النتائج، بينت أن الفرق بين المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرامج العلاجية النفسية أظهرت فرقاً كبير في الاستمرارية والمقاومة مقارنة بالمجموعات الضابطة في كل برنامج، وقد استخدم ايزنك في برنامجة العلاج السلوكي اسلوب تقليل الحساسية لتقليل مستوى القلق **Desensitization** وطريقة الاشباع **Flooding** واسلوب النمذجة **Modeling** وقد طبق هذه الاساليب على نوع الشخصية **Type C** وهي المياله للسرطان حيث تتصف بالاستسلام وتتأثر علاقاتها الاجتماعية وتبرز الصرعات في تصرفات صاحب هذه الشخصية والهدف من العلاج هو تنمية الاستقلالية عند المريض لكي يستطيع أخذ القرارات المنطقية.

قدرت الدراسات نسبة إصابة اصحاب الأمراض المزمنة بالإكتئاب بانها عالية نسبياً ويمكن تقديرها حسب الأمراض التالية:

الأمراض القلبية	40٪ - 65٪
امراض الشريان التاجي	18٪ - 20٪
مرض باركنسون (الرعاش)	40٪
التصلب المتعدد	40٪
السكتة (الذبحة)	10٪ - 27٪
السرطان	25٪
السكري	25٪

من اعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض ما يلي:

- فقدان الرغبة بالمشاركة بالأنشطة الترويحية.
- فقدان الوزن.
- اضطرابات في النوم.
- مشاكل في التركيز.
- الشعور بعد الأهمية والشعور بالذنب.
- الخمور وفتور المشاعر.
- فقدان الطاقة.
- أفكار انتحارية.

أكثر المواقف إثارة للإكتئاب عند مرضى السرطان هي:

- عند التشخيص.
- عدم القدرة على السيطرة على الآلام.
- المراحل المتقدمة في المرض.
- وجود مواقف أخرى في الحياة تثير الضغوطات.

- ازدياد التأخر والتعطيل الجسمي.
- سرطان البنكرياس.
- سرطان الرأس أو الرقبة.
- عدم وجود زوج أو زوجه.

يمكن معالجة الاكتئاب المصاحب لهذه الأمراض عن طريق الأدوية المضادة للإكتئاب التي يوصفها الطبيب النفسي المعالج وعن طريق العلاج التشنجي الكهربائي (ECT) وهناك عدة طرق يستطيع أن يقوم بها المعالج النفسي بالتعاون مع الاخصائي الاجتماعي عن طريق جماعات الدعم وعن طريق تعليم مهارات حل المشكلة ومهارات الاسترخاء والتشجيع على المشاركة بالأنشطة وقد ورد العديد من هذه الطرق في هذا البحث الدراسي وذلك عندما نوقشت سبل التكيف مع الأمراض.

http://cancer.gov/cancerifo/pdq/supportivecae/depression/patient

القلق ايضاً من الاضطرابات المصاحبة للأمراض المزمنة ويشمل عدداً من أنواع اضطرابات القلق فهناك اضطراب التكيف (**Adjustment disorder**) واضطراب الهلع (**Panic disorder**) واضطراب الخوف (**Phobia**) واضطراب ما بعد الصدمة (**Post traumatic disorder**) واضطراب القلق المعمم (**Generalized Anxiety disorder**) جميع هذه الاضطرابات ممكن أن تكون مصاحبة لمرض السرطان او أي مرض مزمن، فالمريض قد يصاب بالخوف من العمليات أو الإبر أو التعرض لأي إجراء طبي فيترتب على ذلك مخاوف وقد يشعر بالقلق الغير المنطقي فيعتقد بانه لن يجد من يقدم له الرعاية والعطف كما قد يشعر بعدم المقدرة على التكيف مع الأوضاع الجديدة فيقلق بشأن العمل والأسرة، كل هذه الاضطرابات هي أشكال مختلفة لحالة القلق الذي قد يصاحب المريض الذي يحتاج بدوره إلى رعاية وعناية طبية من قبل الطبيب النفسي. والذي ينصح بادوية معينة بالإضافة إلى الفريق المعالج المكون من المعالج النفسي والاخصائي الاجتماعي. ويترتب على هذا الفريق دور كبير في استخدام عدة استراتيجيات للتقليل من حالة القلق، فعلى هذا الفريق أن يقدم الدعم

بكافة اشكاله، سواء بالعطف والرعاية أو بإعطاء المعلومات، وتقديم البرامج التعليمية والتثقيفية التي قد تساعد هذا المريض، ويستطيع هذا الفريق ان يستخدم استراتيجيات التكيف لمساعدة المريض فيقوم بتعليمه مهارات اسلوب حل المشكلة ومهارة ضبط الذات وإدارة الغضب والضغوطات، كما يفيد في حالة هذا المريض ان يستخدم المعالج اسلوب العلاج النفسي التحليلي لتعزيز وتقوية الأنا عند المريض، يستطيع أيضاً هذا الفريق استخدام العلاج الجماعي وذلك بمساعدة الجماعات الداعمة (self – help group) وعلى هذا الفريق أن يهتم بالعلاج الأسري لما له دور مهم جداً في دعم ورعاية وتقديم العطف للمريض، يمكن استخدام تقنيات التنويم المغناطيسي، الاسترخاء والتغذية الراجعة.

http://cancer.gov/cancerifo/pdq/supportivecae/anxiety/patient

الخدمات النفسية التي يقدمها المعالج النفسي في مركز الحسين للسرطان:

1. الدعم النفسي **psycho support**
2. الدعم العاطفي الأسري **emotional family support**
3. الدعم الروحاني **spiritual support**
4. العلاج السلوكي ويتضمن **Behavior therapy**
   - تقبل التغيرات في الحياة
   - تعزيز الذات والثقة بالنفس
   - تغير الاتجاهات
   - معالجة المخاوف

   وذلك بتعليم المرضى أساليب وتقنيات لتقليل الضغوطات، والقلق والإكتئاب.
5. تمارين الاسترخاء **Relaxation Exercises**
6. تمارين التأمل **Meditation Sessions**
7. تمارين اليوغا، تشاركا، ريكا **Yoga, charria, Reik exercises**

العلاج النفسي للأطفال

- **العلاج السلوكي ويتضمن:**

الدعم النفسي، العلاج بالموسيقى، العلاج باللعب

Dr.Ghazi Awad, Pschotherapist – for cancer patient

خلاصة الأساليب العلاجية لتدبر الامراض والآلام المزمنة:

1. العلاجات الدوائية الموصوفة من قبل الاطباء الاخصائيين بالمرض بالاضافة الى العلاجات الدوائية المضادة للاكتئاب.
2. الاساليب العلاجية المعرفية واستخدام استراتيجيات التغلب المعرفية لتأثير على معاناة الألم المزمن ومن ضمن استراتيجيات التغلب:

- تخيل الصور الذهنية السارة والسعيدة والعيش فيها
- الانصات للموسيقى الحالمة
- النشاط الايقاعي المعرفي والعد العكسي من 100 – 1
- التركيز الذهني الخارجي للانتباه حيث التركيز في النظر والمشاهدة المناظر الطبيعية الجميلة.
- التدريب على الاسترخاء الذهني
- التخيل المحايد تخيل الاستماع الى محاضرة صحية
- النشاط التنفسي وهو اسلوب يساعد على الاسترخاء
- التركيز على التفكير العقلاني وتنفيذ الافكار السالبة والمشوهة

وثبت ان الاستراتيجيات المعرفية كان لها تأثير ايجابي وفعال على تحمل الألم

3. الاساليب العلاجية السلوكية واستخدام استراتيجيات من العلاج السلوكي لتدبر الألم المزمن:

- التدريبات السلوكية الداعمة لزيادة الثقة بالنفس وتدعيمها
- العلاج من خلال تدريبات الاسترخاء

- العلاجات السلوكية القائمة على برامج التعزيز، برامج مكافأة الذات رحلات الاستجمام والترفيه.
- عروض تعليمية في كيفية تدبر الالم وفي كيفية التعامل معه

4. المزاوجة بين العلاجات السلوكية والمعرفية وهي الاكثر شمولية والتي تساهم وتطور من منظور المريض لاعادة صياغته لألمه.
5. الاساليب الدينية الروحانية والتي تساهم وتساعد المريض على تدبر الالم.

ويبدو انه من الاهمية في ضوء الطبيعة المتعددة الأبعاد للألم ان يكون المنحى الذي يجب تنبيه مبتعدا عن المناحي العلاجية أحادية البعد لذا يجب ان يتجه لحو التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية والتركيز عليها لانها تقدم حلولا اكثر شمولية.

وتستخدم اساليب واستراتيجيات مختلفة لتعليم المريض التعرف على العلاقات بين الأفكار والمشاعر والسلوك والمنبهات البيئية للألم وطرق التعامل معها وتبديلها، وتتعزز المكاسب العلاجية عندما يتفاعل المريض ويندمج بصورة نشطة ويتقبل مسؤولية التغيير.

خلاصة

تدبر الألم في الامراض المزمنة

الاضطراب	الاعراض	أساليب العلاج
ألم الأمراض المزمنة	– آلام المرض المزمن. –اعراض بيولوجيه –اعراض نفسية وعزلة نفسية، توتر، قلق، اكتئاب. –اعراض اجتماعية والخسار في العلاقات الاجتماعية	1. – العلاجات الدوائية الخاصة بالمرض. - علاجات دوائية مضادة للقلق والاكتئاب. 2. اساليب واستراتيجيات من العلاج السلوكي 3. اساليب وأستراتيجيات من العلاج المعرفي. 4. المزاوجة بين اساليب العلاج السلوكي والمعرفي. 5. العلاج الديني وتعزيز الوازع الديني لتدبر الألم.

المراجع

References

http://www.imt.net/~randolfi/StressQuotes.html#Happiness/

http://www.worksrtess.net/causes.htm

http://www.teachhealth.com/index.html

http://www.workhealth.org/index.html

http://www.workhealth.org/risk/rfbtypea.html

http://www.cdc.cov/niosh/stresswk.html

http://www.econ.uiuc.edu/~hanko/Bio/stress.html

http://www.srressfree.com/model.html

http://www. workhealth.org/strain/jsdef2.html

Cormier,S.,&Cormier,B., (1998).Interviewing strategies for helpers.CA:Brooks/Cole

Halgin,p.,&Whitebourne,S,K.,(2004).Abnormal Psychology. 4th Ed. Boston: McGraw Hill

- عبـــدوش، فاديـــا. كيـــف تواجـــه الهمـــوم والـــضغوطات اليوميـــة. دار الفراشـــة والنشر. (2002)

- سلسلة الإدارة المثلى. الحد ضغوط العمل. بيروت. الناشرون: مكتبة لبنان

المراجع

1. الرفـاعي، نعـيم. (2001). الـصحة النفـسية. دراسـة في سـيكولوجية التكيـف ص الثامنة جامعة دمشق. سوريا.
2. عبدالمعطي حسن. (1998). علم النفس الإكلينيكـي. دار قبـاء للطباعـة والنـشر والتوزيع القاهرة. مصر
3. عبدالرحمن، محمد. (2000). علم الأمراض النفسية والعقليـة. دار قبـاء للطباعـة والنشر والتوزيع القاهرة. مصر
4. الحجـاز، محمـد.(1998). علـم الـنفس المرضـي. دار النهـضة العربيـة للطباعـة والنشر. بيروت.
5. الخطيـب، جمـال.(1994). تعـديل الـسلوك الإنـساني. حقـوق الطبـع والنـشر محفوظة للمؤلف.
6. أبـو حميـدان، يوسـف.(1997). العـلاج الـسلوكي لمـشاكل الأسـرة والمجتمـع. جامعة مؤتة. الكرك.
7. العنـاني.حنـان.(2000). الـصحة النفـسية. دار الفكـر للطباعـة والنـشر. عمان. الأردن.
8. ماكـداول.(2003). دليـل تقـديم المـشورة الى الـشبيبة: ترجمـة عـصام خـوري. هوستتلربوب اوفير للطباعة والنشر. عمان

1. **Krunboltz,J; Thoresen, C. (1976). Counseling Methods. Library of Congress, Linchart. Winston. USA**
2. **Medowells, Josh. (1996). Counseling youths word Publishing, Library of Congress U.S.A.**
3. **W.W.W.@Yahoo.com Counseling Homosexuality.**
4. **W.W.W.@Yahoo.com Homosexuality.**

المراجع

1. Bootzin, Richard, R; Bower, Gordon, Six edition, McGraw – Hill Publishing Company, New York, 1986.
2. Crooks, Robert. L. and Stein, Jean, Psychology: Science, behavior and life. Holt, Rinehart and (Winston, Inc. New York, 1988.
3. Davidoff, Linda L. Introduction to Psychology. Third edition McGraw – Hill Book Company New York, 1987.
4. Martin, Garry and pear, Joseph: Behavior Modification: What is it and How to do it. Third edition, Prentic – hall, 1988.
5. Masters, Johnc; Burish Thomas G. ; Hollon, steren D.; Rimm, David C. Behavior Therapy: Twchniques and Empirical Findings, Third edition, Harcourt Bnace Jouanovich, Publishers. New York, 1987.
6. Walker, Jame, and shea, Thomas M. Behavior Modification: apractical approach for educators. Second edition, The C.V. Mosby company: London, 1980.

7. جمال الخطيب، تعديل السلوك الانساني: دليل العاملين في المجالات التربوية والنفسية والاجتماعية، الطبعة الثالثة، 1994.

8. عبدالستار ابراهيم، وآخرون، العلاج السلوكي للطفل، سلسلة عالم المعرفة، العدد (180)، 1993.

9. لويس ملكية، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الطبعة الثانية، القاهرة، 1994.

10. نصر العلي، تعديل السلوك الانساني، في، برامج في تعديل السلوك، وزارة التربية والتعليم، عمان، 1988.


للنشر والتوزيع
الوراق
www.alwaraq-pub.com


للنشر والتوزيع
الوراق
www.alwaraq-pub.com

علم النفس العيادي



عمّان - شارع الجامعة الأردنية
مقابل كلية الزراعة
تلفاكس : 7798 533 6 00962
ص.ب 1527 عمان 11953 الأردن
E-mail: info@alwaraq-pub.com
E-mail: halwaraq@hotmail.com
www.alwaraq-pub.com

